

--	--	--	--

健康保険 限度額適用認定 申請書

下記のとおり健康保険組合限度額認定申請書の交付を申請します。

被保険者情報

[記 号] - [番 号 : 右 づ め]

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
被保険者の氏名	印			
被保険者の住所	(〒 -) 都・道 府・県			
日中の連絡先	TEL ()	メールアドレス		
事業所の名称				

認定対象者情報 (療養を受けられる方)

療養を受ける方の氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			申請月の初日から最長で1年間となります。 なお、申請月の初日より前に遡及はできません。

送付希望先 (上記住所と別の所に送付を希望する場合にご記入ください)

送付先住所	(〒 -) 都・道 府・県
日中の連絡先	TEL ()
宛名	

申請代行者 (被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください)

氏名	印	被保険者と の関係
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他()

限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合には、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

受付日付印