健康保険　限度額適用認定申請書

被保険者欄	1	記号番号				－					
	2	ﾌﾘｶﾞﾅ									
		氏　名								㊞	
	3	生年月日	昭和 ・平成　　年　　月　　日								
	4	住　所	〒			－					TEL　　（　　）
	5	「4」以外の送付先	〒			－					TEL　　（　　）
			宛名								

認定証交付対象者欄	6	被保険者本人ですか？ 被扶養者ですか？	☐ **被保険者本人**　→ 下記「12」欄（診療予定期間）のみを記入 ☐ **被扶養者家族**　→ 下記「7」～「12」欄を記入			
	7	氏　　名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）			
	8	被保険者との続柄		9	性別	男　・　女
	10	生年月日	昭和 ・平成　　年　　月　　日			
	11	住　所	〒　　－　　TEL　　（　　）			
	12	診療予定期間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 予定			

上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

平成　　年　　月　　日

受付日付印

健保組合使用欄	
適用期間	処理担当者
年　月　日 ～ 年　月　日	