

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)情報	事業所名			所属名			
	被保険者証の	記号	番号		生年月日		
	氏名・印	(フリガナ)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	住所	(〒 - )	都	道	府	県	TEL ( )

認定対象者欄	療養を受ける方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	希望適用月	令和 年 月 ~				

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

※限度額適用認定証は通常、被保険者の所属先へ送付（任意継続は自宅へ送付）いたしますが希望する送付先があれば下記にご記入ください。

希望送付先	<input type="checkbox"/>	1. 上記の被保険者住所へ	2. 下記記入の送付先へ
	住所	(〒 - )	都 道 府 県 TEL ( )
	宛名		

受付日付印
-------

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へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄