

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		
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成    年    月    日			
	氏名・印	(フリガナ)		<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div>			
	住所	(〒    -    )	都 道 府 県		TEL (    )		

認定対象者欄	療養を受ける方			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和    年    月    日 <input type="checkbox"/> 平成		
	被保険者の場合は氏名と生年月日は記入の必要はありません	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	(続柄)			
	希望適用月	平成    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。    平成    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 <input type="checkbox"/> 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