

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	(フリガナ)		
	住所	(〒 - )	都道府県	TEL ( )

認定対象者欄	療養を受ける方 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 被保険者	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和			
	被保険者の場合 氏名と生年月日 は記入の必要は ありません	<input type="checkbox"/> 被扶養者		(続柄)	年月日	<input type="checkbox"/> 平成	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	<input type="checkbox"/> 2. 下記記入の送付先へ
	住所	(〒 - ) 都道府県 TEL ( )
	宛名	

申請代行者欄	氏名	※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください (フリガナ)	日中の連絡先
	被保険者との関係		TEL - -
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中の為、手続きができない。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

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に記載してください。※【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。