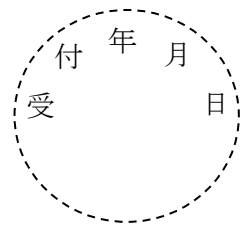


提出先:本人(被保険者)→健保組合



健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	適用担当

被保険者証記号番号		—		従業員番号			
被 保 険 者	氏 名				勤 務 事 業 所	名 称	
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	所 在 地	
適 用 対 象 者	氏 名				続 柄		
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	性 別	男 ・ 女
被 保 険 者 の 住 所		〒 電話番号					
認 定 証 の 送 付 先 (上 記 と 違 う 場 合)		〒 電話番号					
被保険者と連絡が取れない場合		連絡可能な方の名前				連絡先	
入 院 等 の 予 定 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日					
利 用 す る 医 療 機 関 名							
電 話 番 号		— —					

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。

健 保 記 入 欄	交 付 日	:	令和	年	月	日
	有効期間	:	令和	年	月	日 ~ 令和 年 月 日
	送 付 日	:	令和	年	月	日
	回 収 日	:	令和	年	月	日