

受付年月日	令	年	月	日
交付年月日	令	年	月	日
発効年月日	令	年	月	日
有効期限①	令	年	月	日
有効期限②	令	年	月	日

決 裁				事業所	
常務理事	事務長	係	係		

健康保険限度額適用認定申請書

下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

※申請者は 枠欄 を全て記入してください

被保険者証の記号・番号 (左詰めで記入)		記号		番号		申請日	令和	年	月	日	
被保険者	氏名 (自署)				生年月日	昭・平・令 年 月 日					
	事業所	(任意継続者は記入不要)									
	住所	〒 電話									
認定対象者 (認定証使用者)	氏名				被保険者との続柄						
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生 ・男 ・女									
	申請理由	・病気 ・ケガ による ・入院 ・通院 (ケガの場合は下欄※1 に記入)									
(※1) ケガで療養する時の状況		・私的なケガ ・第三者行為(交通事故・傷害事件) ・通勤/通学中 ・就労/修学中 の負傷 負傷時の状況(いつ、どこで、どのような負傷をしたのか)について記載ください									
医療機関の名称		電話									
医療機関の所在地		都・道・府・県				市・区・町・村					
認定証の必要な期間		令和 年 月 日から 令和 年 月末日まで									
「健康保険限度額適用認定証」を 事業所経由で受領する					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (下欄※2 に記入)						
(※2) 勤務先以外 の 郵送先	住所	〒			電話						・自宅 ・その他 ()
	宛名										

※被保険者以外の代理人が申請する場合には必ず記入ください

申請代行者	氏名 (自署)	電話								
	被保険者との関係	・事業主の健保担当者 ・家族 ・その他 ()								
	代行理由	・被保険者本人が入院中 ・その他 ()								