

被保険者(申請者)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	000	☐ 1 ☐ 101		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒	—	)	都道 府県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	被保険者の場合は記入の必要はありません						
療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月
				原則、1～3ヵ月となります。 長期を希望する場合は事前にご相談下さい。			

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒	—	)	都道 府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			
宛名							

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。						
	氏名・印				被保険者との関係		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 ()	

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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

- ※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
- ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

備考	事業所 個人番号 照会者	印	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印	