

### 健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日

記入欄	被保険者証記号番号		—		所 属	室 / 課 グループ / 組
	被保険者	氏名				
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	内線番号	
	被保険者本人の住所 (認定書の送付先) <small>※認定書は簡易書留で 被保険者宅へ郵送します。</small>		〒		電話	( )
	上記以外への希望送付先住所 <small>(自宅受取ができない方のみ 記入してください)</small>		〒		( )	様方)
	適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <span style="position: absolute; top: 0; right: 0; border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> </span> </div>	
		公費負担 (子ども医療・指定難病等)		有 ・ 無		
期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請致します。

~~~~~ 受 付 ~~~~~

..... ここから下は記入しないで下さい .....  
.....

|             |       |                         |      |         |    |    |
|-------------|-------|-------------------------|------|---------|----|----|
| 処<br>理<br>欄 | 認定年月日 | 令和 年 月 日                | 等級   | 級 月額( ) |    |    |
|             | 適用区分  | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ |      |         |    |    |
|             | 有効年月日 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日     |      |         |    |    |
| 備<br>考      |       |                         | 常務理事 | 事務長     | 主任 | 係員 |
|             |       |                         |      |         |    |    |