

常務理事	事務長	係	係

健康保険 限度額適用認定 申請書

被 保 険 者	被保険者等	記号	番号	事業地	
	氏 名			生年月日	S・H・R 年 月 日
	住 所	〒 ー		電話番号	日中連絡が付きやすい番号をご記入ください

適 用 対 象 者	氏 名				
	生年月日	S・H・R 年 月 日	被保険者 との続柄	《『長男』『二男』等 詳細をご記入ください》	
	※療養 予定期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日			
	入院する時は その予定期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日			
※療養予定期間の初日が属する月の1日より予定期間終了日が属する月の月末まで有効な認定証を作成します					

認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名 称		
	所在地	〒 ー	

◎被保険者本人以外からの申請の場合

申 請 代 行 者	氏 名		申請代行 の理由	・被保険者本人が入院中で提出できないため ・その他 ()
	被保険者 との関係			
	電話番号	日中連絡が付きやすい番号をご記入ください		

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。

年 月 日

健康保険組合記入欄			
交付日	R 年 月 日		
発行No.	No.		
有効 期間	自 R 年 月 日		
	至 R 年 月 日		
回収日	R 年 月 日		

受付年月日

