

※決裁欄	交付年月日	年 月 日	常務理事	事務長			係員
	発効年月日	年 月 日					
	有効期限	年 月 日					
	適用区分		備考				

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	氏名	(フリガナ)		
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	被保険者の場合は「同上」と記入				
療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1ヶ月間有効の証を発行します。			

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					

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

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2020.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄