

処理結果	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末日
適用区分	ア・イ・ウ・エ

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号-番号		—				
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
認定証交付対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
認定証送付先住所		〒 —				
交付必要期間 (入院予定期間など)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

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。

被保険者	住所	〒 —	
	氏名	印	
	TEL		