

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和	年	月 日
		平成		
	住所	〒		
	連絡先TEL			
事業所	名称			
	所在地			
	連絡先TEL			
適用対象者	氏名			
	生年月日	昭和	年	月 日
		平成		
	令和			
	被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
認定証を被保険者住所以外に送付の場合		〒		

この申請は(疾病・ケガ)のため
 該当する方に○をしてください。※ケガによる申請の際は健康保険_[負傷原因届](#)もご提出ください。

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。

受付印

