

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

<b>被 保 険 者</b>	被保険者証の記号・番号		—		<b>事 業 所</b>	名 称	
	氏 名		(印)			所在地	
	生年月日		昭和 平成	年			
	住所	〒	—	都 道 府 県	市 町 区 村	電話	( )

<b>適 用 対 象 者</b>	氏 名		被保険者との続柄				
	生年月日		大正 昭和 平成	年	月	日	性 別

<b>認定証 提示(予定) 医療機関</b> <small>入院・外来 該当する方に○ をしてください</small>	<b>入 院</b>	医療機関名	入院(予定)期 間	平成	年	月	～	年	月
	<b>外 来</b>	医療機関名	(調剤薬局名)						

\* 限度額適用認定証の送り先が、被保険者住所と別のところをご希望の場合にご記入ください。

<b>認 送 定 付 証 先</b>	住所	〒	—	都 道 府 県	市 町 区 村
	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。

平成 年 月 日

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--

----- 受付年月日 -----