

常務理事	事務長	担当者

申請・交付順序 被保険者→勤務先総務人事担当部門→健康保険組合→勤務先総務人事担当部門→被保険者
(任意継続被保険者→健康保険組合→任意継続被保険者)

健康保険限度額適用認定申請書

(柔道整復, 針灸, あん摩マッサージの施術は対象外)

※ 証の有効期間は申請を受け付けた月の1日から3か月間です。受付月以前に遡った月からの発行は致しません

被 保 険 者 記 入 欄	提出年月日 令和 年 月 日				
	被保険者等の 記号・番号	記号 番号			
	被保険者	フリガナ		事業所名称	
		氏 名			
		生年月日	昭和 年 月 日 平成	所 属 (出向先)	TEL ()
	適用対象者	フリガナ		被保険者との 続柄	
		氏 名			
		生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	性 別	男 ・ 女
	種別	入 院	通 院	薬 局	
	事由発生 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
医療機関名 薬局名					
適用対象者の 住所	〒 TEL ()				

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

事業主 の証明	上記の申請について相違ないことを証明します	
	所在地	
	名 称	
	氏 名	
事業所担当者 氏 名		

(受付日付印)

※この申請書に記入された個人情報健康保険業務全般に利用します。