

常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者情報			
被保険者証等の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名
住所	〒	電話番号	()
		日中の 連絡先	()
メールアドレス			
事業所		部署(店舗)名	

適用対象者			
対象者氏名		生年月日	続柄
		昭・平・令 年 月 日	
対象者住所	☐ 被保険者と同居	〒	
	☐ 被保険者と別居		

受診予定等			
☐ 入院	認定証申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
☐ 外来		※申請いただける期間は、申請月の1日から、最長で3か月になります。 ただし、申請書を受付した月より前の月の申請はできませんのでご注意ください	
交通事故など第三者行為による受診ですか		☐ はい ☐ いいえ	

認定証送付先	
☐ 被保険者住所 ☐ 適用対象者住所 ☐ その他	
送付希望先 住所	〒
送付希望先 宛名	※送付先が病院の場合、必ず病院に許可を得てください。また、病院名・病棟・病室を必ず明記して下さい。

* 被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名		電話番号	()
対象者との関係		申請代行の理由		

健保 記入欄	標準報酬月額	千円	発効年月日	年 月 日
	適用区分		有効期限	年 月 日

受付日付印