

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

申請年月日： 年 月 日

事業所					
保険証	記号		番号		枝番
被保険者	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日 男・女
認定証交付対象者	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日 男・女
	被保険者との続柄				
交付必要期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (*入院予定期間などをご記入ください。)				

*	申請代行者	氏名	
		被保険者との関係	
		申請代行者の連絡先	
申請代行の理由	1. 被保険者が入院中で申請ができないため。 2. その他 ()		

*健保記入欄

発行年月日	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
回収年月日	令和 年 月 日