

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	担当者

太枠内のみご記入ください

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名		
				所属		
	氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 -				
	ご連絡先	電話番号	-	-	携帯番号	- -

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 <small>(被保険者の場合は記入の必要がありません。)</small>	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	療養予定期間	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日	申請月の初日から最長で1年間となります。

- 注意
- 有効期限が過ぎた「限度額適用認定証」は、所属先の健保窓口を通じ、必ず健保組合にご返却ください。
 - 任意継続加入者は健保組合事務局に直接ご返却ください。

申 請 代 行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名		被保険者との関係	1 () 2 所属先の総務担当者		
	住所	〒 - 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入ください(総務担当者の場合は記入不要です)。				
	ご連絡先	電話番号	-	-	内線その他	
	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため 2 その他 ()				

備考	
----	--

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

社会保険労務士記入欄

受付日付印

【健康保険組合処理欄】

処 理 結 果	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ