

常務理事	事務長	担当

資格	資格取得日	年	月	日
	扶養認定日	年	月	日

健康保険 限度額適用認定申請書

記入日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	・	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			⑩	* 自署の場合は押印を省略できます	
	住所	〒 -					
		TEL (携帯可) - -					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

療 養 を 受 け る 方	氏名	(フリガナ)					
	生年月日	昭和 平成	年	月	日		

希 望 送 付 先	上記 被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	〒 -					
	宛名	TEL (携帯可) - -					

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者及び療養を受ける方以外が申請する場合にご記入ください。							
	氏名・印						⑩	
	TEL (携帯可)	- -						
	被保険者との関係							
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()							

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。

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。

- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。

【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印