

健保 記入 欄	同 年 月 日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	適用担当	給付担当
	交付年月日	平成	年	月	日				
	有効期限	平成	年	月	日				

健康保険 限度額適用認定申請書

平成 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号番号	記号		フリガナ		性別 男 ・ 女
		番号		氏名 印	印	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	住 所 電話番号	〒	—	都道 府県	TEL ()	

認 定 対 象 者 欄	療養を 受ける方 (本人の場合は※ のある欄のみ記 入)	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日		
		続柄※		性 別	男	・	女			
		療養予定期間※	平成	年	月	日	～	平成	年	月
最長で申請月の初日から8月31日までの期間になります。										

証 受 取 方 法	1. 2 選択	1. 健保で受取 ⇒ 内線 () 2. 郵送 ⇒ 自宅, 自宅以外 自宅以外は下記記入 (病院は不可)
	住 所	*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。 〒 — 都道 府県

※注意事項

- 認定対象者ごとに申請してください。

受付印付印

【収集する個人情報について】

本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。