

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	1	フリガナ	ケンポ タロウ	性別 男・女
		番号	999999	氏名 印	健保 太郎 印	
	生年月日	昭和 <u>平成</u> 2 年 6 月 1 日				
	住所 電話番号	〒 196 - 8558 東京 都道府県 昭島市武蔵野3-1-2 Tel 04 ( 544 ) 1212				

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	健保 花子	生年月日	昭和 <u>平成</u> 3 年 5 月 1 日
		続柄※	妻	性別	男 ・ <u>女</u>
		療養予定期間※	平成 30年 6月 1日 ~ 平成 30年 8月 31日 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 ( ) <u>2. 郵送</u> ⇒ 自宅, <u>自宅以外</u> 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。 〒 ○○ - ○○ 大阪 都道府県 <u>府県</u> ○○市○○町3-5-10 ○○様方

### ※注意事項

- 認定対象者ごとに申請してください。

受付日付印

### 【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。