

いずれかに○印を付けて下さい			
新規	更新	再交付	その他

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等の記号・番号		被 保 険 者 氏 名			
記号	番号				
事業所	名称				
	所在地				
適用対象者	氏名		続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女	
	使用年月日	令和 年 月 日から使用開始予定			
被保険者（適用対象者）の住所		〒			
限度額適用認定証の 送付先住所 （いずれかに○印を 付けて下さい）		1. 自宅	2. 会社	3. その他	
		※3. その他を選択した場合の送付先住所			
		〒			

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。

※交付は使用する一ヶ月前からとなります。

※被保険者（適用対象者）個人での申請の場合は、必ず事業主に個人で手続きを行うことを申し出てください。

受 付 日 付 印