

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

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名と			
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	年	月	日
		性別	男・女		
	1.入院・2.外来 〔いずれかに印を付けて下さい〕	入院の場合は入院予定または入院年月日 平成 年 月 日から入院(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。

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