

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 (被保険者手帳)		記号	番号				
被 保 険 者	氏 名	被保険者のマイナンバー記入欄					
	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
事 業 所	名 称						
	所 在 地						
適 用 対 象 者	氏 名				被保険者との続柄		
					被扶養者のマイナンバー記入欄		
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性 別	男・女
被保険者(適用対象者)の住所		〒					
交付必要期間	入院・外来 (予定日)	令和 年 月 日					
	想定される入院期間	令和	年	月	日	～	年 月 日

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付年月日

令和 年 月 日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

- ★被保険者のマイナンバー記入欄
★被扶養者のマイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)