

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	〇〇	番号	〇〇	
被保険者	氏名	帝国 太郎 印		被保険者のマイナンバー記入欄		
	生年月日	5.昭和 7.平成	〇〇	年	〇〇 月 〇〇 日	
事業所	名称	株式会社〇〇〇〇〇				
	所在地	東京都千代田区〇〇町〇〇〇-〇-〇〇				
適用対象者	氏名	帝国 太郎		被保険者との続柄	本人	
				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	〇〇	年	〇〇 月 〇〇 日	性別
被保険者(適用対象者)の住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇				
交付必要期間	入院・外来 (予定日)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
	想定される入院期間	令和	〇〇	年	〇〇 月 〇〇 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。)