健康保険限度額適用認定申請書

<table>
<tr><td>記　号</td><td></td><td>被保険者　氏名</td><td colspan="3">㊞</td></tr>
<tr><td>番　号</td><td></td><td>生　年　月　日</td><td colspan="3">S
H　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>会　社　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">適用対象者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>被保険者との
続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>S
H　　年　　月　　日</td><td>性　別</td><td>男</td><td>女</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者(適用対象者)の住所</td><td colspan="4">〒　　－
☎　　－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">認定証送付希望場所
(番号に〇をつけてください)</td><td colspan="4">1.　事　業　所</td></tr>
<tr><td colspan="4">2.　被保険者(適用対象者)の住所</td></tr>
<tr><td colspan="4">3.　そ　の　他</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3を選んだ方のみ記入</td><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　－
☎　　－　　－</td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養予定期間</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
外　来　　・　　入　院　　(※調剤含む)</td></tr>
</table>

令和　　年　　月　　日

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。

－‥－‥－‥