

健康保険限度額適用認定申請書(記入例)

記号	12	被保険者 氏名	健保 太郎 (印)	
番号	34	生年月日	S H 50 年 6 月 10 日	
会社名	名称	株式会社〇〇〇〇		
適用対象者	氏名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	S H 50 年 6 月 10 日	性別	(男) 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 151 - 〇〇〇〇 渋谷区千駄ヶ谷△-△-△ ☎ 03 - 5412 - 1827		
認定証返送希望場所 (番号に○をつけてください)		1. 事業所		
		(2.) 被保険者(適用対象者)の住所		
		3. その他		
3を選んだ方のみ記入	住所	〒 - ☎ - -		
	名称			
療養予定期間		平成 27年 4月 3日 ~ 平成27年 ○月 ○日 ※目安の期間をご記入ください。 外来 ・ (入院) (※調剤含む)		

令和 2年 3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。

[受付日付印]

組合使用欄

理事長	常務理事	事務長		係員