

健康保険限度額適用認定申請書(記入例)

記号	10	被保険者 氏名	健保 太郎		
番号	20000	生年月日	S H	3 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・R	3 年 6 月 10 日		
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		令和4年 5月 1日 ~ 令和4年 8月 31日 ※目安の期間をご記入ください。			
※療養期間は、8月末日で区切り、9月1日以降と分けて申請してください		外来 ・ 入院 (※調剤含む)			

令和 4年 4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