

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	担当者

太枠内のみご記入ください

被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名	
			所属	
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
該当者が被扶養者の場合ご記入ください。↓				
氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者の住所	〒 -			
被保険者のご連絡先	電話番号	-	携帯番号	-
入院予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

注意：有効期限が過ぎた「限度額適用認定証」は所属先の健保窓口を通じ、必ず健保組合にご返却ください（任意継続加入者は健保組合事務局に直接ご返却ください）。

被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行が事業主の場合は「申請代行の理由」のみご記入ください。

申請代行者		被保険者との関係		
申請代行者の住所	〒 - 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入ください。			
申請代行者のご連絡先	電話番号	-	携帯番号	-
申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため 2 その他 ()			

備考	
----	--

事業主住所氏名及び印	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	() 印
電話	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

【健康保険組合処理欄】

処 理 結 果	
発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ

受付日付印