

※健保記入欄 ※マイナ保険証を使用すれば限度額適用となるため、本申請は不要です。

資格取得日	平成 令和	年	月	日
扶養認定日	平成 令和	年	月	日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ			
標準報酬月額	千円			
発効月日	令和	年	月	日
交付月日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	係	係
備考			

## 健康保険 限度額適用認定申請書

### 【 被保険者情報欄 】

記号		番号		事業所名	
氏名	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 ー 都道府県			TEL	- -
				携帯	- -

### 【 療養を受ける方 】

氏名	フリガナ		続柄	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
----	------	--	----	-----	------	-------------------

認定証 必要期間	令和	年	月	日	～	7	月	末	日
-------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---

### 【 送付先 】

※上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合はご記入ください。

住所	〒 ー 都道府県			TEL	- -
社名・部署名・医療機関 名・病棟・病室番号				宛名	

### 【 申請代行者欄 】

※被保険者以外の方が申請する場合にご記入・ご捺印ください。押印は省略できません。

氏名	フリガナ		被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )
電話番号 (日中の連絡先)	- -		申請代行の理由	

受付日付印