

※健保記入欄

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 _____ (印)			生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 _____ 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	〒 _____ 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 _____ (印)	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

※健保記入欄

資格取得日	平成	年	月	日
健康保険組合記入欄				

常務理事	事務長	係	係
備考			

<記入例>

健康保険 限度額適用認定申請書

【被保険者情報欄】

記号	1	番号	12345	事業所名	(株)光通信
氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日	昭和 平成 55年 9月 5日	TEL 03 - 5951 - 5678 携帯 090 - 1234 - 5678	
住所	〒 123 - 4567 東京都 豊島区南池袋 1-2-3 光ハイツ101号				

【療養を受ける方】

妻、長男、次男、長女...etc

氏名	フリガナ ケンコウ ヒナコ 健康 陽子	続柄	妻	男・女	生年月日	昭和 平成 令和 56年 8月 8日
----	------------------------	----	---	-----	------	-----------------------

認定証必要期間	令和 1年 6月 3日 ~ 7月 末日
---------	---------------------

【送付先】

※上記被保険者情報に記入した住所		必要期間が1月~7月開始になる方の期限は同年7月末まで、必要期間が8月~12月開始になる方の期限は翌年7月末までとなります。	
住所	※不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付致します。		
社名・部署名 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 _____ (印)	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