

起案		令和 年 月 日			施行		令和 年 月 日			
常務理事	事務長	部長	課長		担当者	法定区分				
						標準報酬月額	区分			
						千円	ア・イ・ウ・エ I・II			

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号-番号	—			申請種別	1. 新規 2. 区分変更 3. 再申請 4. 再交付 (紛失・棄損)						
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)											
	被保険者氏名				生年月日	昭 平	年	月	日			
	現住所	〒 —			電話 ( )	—						
	事業所名称				事業所所在地							
	対象者氏名				生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄		
	療養予定期間	令和 年 月	～	令和 年 月	記載がない場合、原則受付した月の 1日から1年間有効の証を交付します							
	備考											

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。

令和 年 月 日提出

※ 被保険者が押印されない場合は□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話	( )	

受付年月日