

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

※ 楷書で枠内に丁寧に、ご記入ください。

※ この申請書の組合受付日より、遡って有効な証は、原則交付できません。日程に余裕をもってご提出ください。

被保険者情報	健康保険 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/>
	氏名 記入日	(フリガナ) ----- 以下のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 記入日 令和 年 月 日		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -) 都 道 府 県 TEL ()		

認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	原則、申請書を受付した月の1日から1年間有効となります。

認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所	<input type="checkbox"/> 加入事業所住所
---------	---------------------------------	----------------------------------

備考欄	<input type="text"/>
-----	----------------------

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

受付日付印

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>