

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号-番号												
被保険者	氏名						⑨	事業所	名称			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日			所在地			
適用認定対象者	氏名							被保険者との続柄				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	性別	男 ・ 女				
療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 ～ 令和 年 月											
被保険者の住所 (右記住所に適用認定証を郵送いたします) *他の郵送先をご希望の場合は下記も記入してください		〒										
この欄に記入がある場合は、 右記住所・宛名に適用認定証を郵送いたします		〒										
		住所										
		氏名(宛名)										

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。

※ この申請書は被保険者の住民税が課税されている方に限ります。非課税者の方は用紙が異なりますのでお申し出ください。

