

(記入例)

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇 (保険証の記号-番号)			
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所	名称	株式会社 〇〇〇〇
	生年月日	S 〇〇年 〇月 〇日		所在地	××××××××××
適用認定対象者	氏名	健保 花子 <small>(ご入院等される方の氏名)</small>	被保険者との続柄		妻
	生年月日	R 〇〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ 女	
療養予定期間 (申請期間)	令和〇〇年 〇月 ~ 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		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
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		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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。

