

健康保険 限度額適用認定申請書

申請日：令和 年 月 日

記号・番号	被保険者氏名	生年月日
-		昭和・平成 年 月 日
会社名	部署名	連絡先(内線・外線)
認定証交付対象者(被保険者以外の場合、記入)		
氏名	被保険者との続柄	生年月日
		昭和・平成・令和 年 月 日
申請期間(療養予定期間)		
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
※最長1年間まで申請可能。ただし8月末日を区切りとする。		
認定証のお渡しは事業所経由を基本としますが、急ぎの場合は郵送も可能です。 郵送希望の場合は住所を記入ください。		
自宅 <input type="checkbox"/> 〒 -		
自宅以外 <input type="checkbox"/>		
	電話	- -
代行申請の場合は、代行申請者の氏名・連絡先等を記入		
申請者氏名：		
所属会社名： 電話 - -		

健 保 記 入 欄	交付日	令和 年 月 日	区分	受付印
	発効日	令和 年 月 日	ア	
	有効期限	令和 年 月 日	イ	
			ウ エ	