

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 手 帳 記 号 番 号)		-			
被 保 険 者	氏 名	⑩	事 業 所	名 称	
	生 年 月 日	年 月 日		所 在 地	
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者との続柄		
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
被保険者の住所(別のところへ送付を希望する場合はその住所)		〒			
限度額適用認定証を必要とする期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月				

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。