

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号		—				
被保険者	氏名			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(適用対象者)の住所		〒				
限度額適用認定証の送付先住所		○をつけてください		自宅・事業所・その他()		
		〒				
入院等の理由が、第三者行為や労災によるもので					ある ・ ない	

※「第三者行為」とは、交通事故などを指します。これらの場合、この申請書の提出はできません。

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。

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ ⑩

