

# 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		記号	番号		
被保険者	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日		所在地
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の 必要がありません。)	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者(認定証交付対象者)の住所		〒 -			
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入下さい。)		年 月 日 ~ 年 月 日			

※	申請代行者	氏名	印	被保険者との関係	
	申請代行者の住所		〒 -		
	申請代行者のご連絡先				
	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他( )			

- ※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。  
※ 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入ください。  
(注1) 申請書を提出する際には、被保険者証を添付してください。  
(注2) 被保険者氏名欄は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合は、押印は省略できます。

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。 平成 年 月 日提出

## 【社会保険事務所処理欄】

決		裁	
所 長	課 長	係 長	担 当 者

処 理 結 果	
発 効 年 月 日	平 成 年 月 日
有 効 期 限	平 成 年 月 末
適 用 区 分	A ・ B

