

# 健康保険限度額適用認定申請書

|                           |      |          |   |     |             |
|---------------------------|------|----------|---|-----|-------------|
| 被保険者証記号番号<br>(被保険者手帳記号番号) |      |          |   |     |             |
| 被保険者                      | 氏名   | 印        |   | 事業所 | 名称          |
|                           | 生年月日 | 年        | 月 |     | 日           |
| 適用対象者                     | 氏名   | 被保険者との続柄 |   |     |             |
|                           | 生年月日 | 年        | 月 | 日   | 性別<br>男 ・ 女 |
| 被保険者（適用対象者）の<br>住所        |      |          |   |     |             |

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。

受付年月日

