

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | |
|---------------|---------------------|-------|----------|-----|
| 被保険者証 記号番号 | 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）住所 | 〒 | | | |
| 使用（入院）予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |

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

