

健康保険限度額適用認定申請書

70歳未満の上位所得者・
一般所得者用

健康保険被保険者証 記号番号		—		マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)	
被保険者	氏名	印		名称(所属)	
	生年月日	昭・平	年 月 日	事業所所在地	
認定対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平	年 月 日	性別	男・女
使用区分 (どちらかに○)	外来診療・入院	入院(予定)年月日		平成	年 月 日
被保険者(認定対象者)の住所		〒 —		TEL ()	

◆被保険者、認定対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名	印		被保険者との続柄	
	電話番号	TEL ()			
申請代行の理由					

認定証送付先 (いずれか○)	事業所経由	※認定証の適用開始日は、この申請書を健保で受付けた日の属する月から適用になります。			
	上記自宅宛				
	自宅以外	〒 —	方 TEL ()		

申請日 平成 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。

以下健保使用欄

発効年月日	平成 年 月 日	適用区分
有効期限 (発効から最長1年)	平成 年 月 日	
申請経路	事業所・被保険者(認定対象者)・他()	

健保受付・認定年月日	常務理事	事務長	担当者

入力	発行