

組合記入欄	交付日		令和年 月 日	
	発効年月日		令和年 月 日	
	有効期限		令和年 月 日	
	適用区分	高・現役並み	53万～79万円・Ⅱ	28万～50万円・Ⅰ
		70歳未満	83万円以上・ア	53万～79万円・イ
	28万～50万円・ウ		26万円以下・エ	
直近標準報酬月額		令和年 月	千円	

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		記号		番号		事業所名		
被保険者	氏名				性別	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
					男・女			
適用対象者	氏名				性別	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女							
	住所	〒 —————						被保険者との続柄
		電話番号 () —————						
申請時の状況 (該当する□に ✓をつける)		<input type="checkbox"/> 入院している			入院日	令和年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 入院の予定がある			退院日	令和年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 通院加療中			開始日	令和年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 有効期限が切れる			期限	令和年 月 日		
		<input type="checkbox"/> その他			詳細			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和年 月 日

住所
被保険者
氏名

印

