

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

〔被保険者について〕

申請日 ※※※※年 ※※月 ※※日

被保険者証の記号と番号		被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日	
記号	番号	印		昭和	5 1 1
203	0000	住友 太郎		平成	年 月 日
		(自署の場合捺印不要)			
被保険者の住所	〒 530 - 0005 大阪府大阪市北区中之島3-2-18			所属	※※支店

〔適用を受ける方について〕

療養を受けるのは、被保険者(本人)・被扶養者(家族)のどちらですか？				1. 被保険者(本人) ☒ 2. 被扶養者(家族)	
被扶養者(家族)の場合、その方の	氏名	住友 花子	続柄	妻	生年月日 昭和 11 年 11 月 11 日 平成 令和
住 所	〒 - (被保険者及び被保険者と同居の場合は同上と記入)				
認定証が必要な期間(月単位、最大3か月)	2024 年 1 月 ~ 2024年 3月 (最大3か月間申請可能)				

常務理事	事務長	担当者