

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 (自署の場合捺印不要)		昭和 平成	年 月 日
被保険者の 住 所	〒 ー			所 属	

〔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	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
住 所	〒 ー (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)	年 月 ~ 年 月 (最大3か月間申請可能)				

常務理事	事務長	担当者