

※	常務理事	事務長	課長		担当者	法定区分決定決議	
決 裁						標準報酬月額	適用区分
						千円	

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

※マイナ保険証保有者は、原則申請は不要です。

被保険者 情報	記号・番号		氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	〒 ー TEL ()		

認定 対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <small>記載がない場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。</small>	

希望 送付先	希望送付先にチェックをいれてください。(□→☑)		
	<input type="checkbox"/>	事業所	
	<input type="checkbox"/>	上記被保険者情報に記入した住所	
	<input type="checkbox"/>	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望	
	住所	〒 ー TEL ()	

申請 代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名		被保険者との関係
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()

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。

令和 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印