

常務理事	事務長		担当

健康保険 限度額適用認定申請書

【限度額適用認定証交付対象者】

被保険者(本人)	被保険者(本人)欄のみ記入
扶養家族	被保険者(本人)・扶養家族欄とも記入

※《認定証送付先》は必ず、ご記入下さい。

記番号	—		記入日: 2022 年 2 月 2 日
被保険者 (本人)	社員番号	XXXXX	事業所 名称
	氏名	健保 太郎	生年月日
扶養家族	氏名	健保 花子	生年月日
入院(予定) 期間 <small>わかる範囲でお願いします</small>	2022 年 3 月 5 日 ~ 2022 年 3 月 21 日		
認定証 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 会社宛	社内便でお送りします。 (ご本人以外への送付を希望する場合は、宛先のお名前をご記入下さい。 様宛)	
	<input type="checkbox"/> 自宅宛	〒 — TEL () 都 道 府 県	

注) *住民税非課税の方は、別紙「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書」で申請願います。
*捺印は不要です。

*被保険者、扶養家族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		申請代行の 理由	被保険者本人が入院中のため
-------	----	--	-------------	---------------

受付日付印