

健康保険限度額適用認定証を交付してよろしいか。							
常務理事	事務長	担当者	担当者	資格確認	資格取得年月日	S H R	年 月 日
					被扶養者 認定年月日	S H R	年 月 日
					適用期限	R	年 月 日
適用区分	ア イ ウ エ オ	標準報酬 月 額			千円	備考	

※上欄は記入しないでください。

## 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			所属 部署	
被保険者氏名					生年月日	昭和 平成	年 月 日生
被保険者の住所	〒 _____ TEL _____						
適用対象者氏名					生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
被保険者との続柄					性別	男 ・ 女	
適用対象者の住所	〒 _____ TEL _____						
療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間						
医療機関	名 称						
	所在地						
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名 _____</p>							