

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

*下記の通り申請致します。

提出日	令和	年	月	日	
記号・番号	—				
事業所名	任意継続、特例退職被保険者の方は記載不要です				
所 属	任意継続、特例退職被保険者の方は記載不要です				
被保険者	氏 名	⑩			
	<small>被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です</small>				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
住 所	〒				
	TEL () —				
適用対象者 <small>(被保険者の場合は 記入不要。)</small>	氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	性 別	男 ・ 女			
	被保険者との続柄				
入院医療機関	名 称				
	所在地	〒			
		TEL () —			
交付必要期間 <small>(入院予定期間等)</small>	(自)		令和	年	月 日
	(至)		令和	年	月 日

所 属	課長	係長	係

受 付 印

