

健康保険限度額適用認定申請書（入院・外来）

（どちらかを○で囲んでください）

被保険者証の 記号番号	記号	番 号	事業 所	名 称	
				所 在 地	
被 保 険 者	氏 名	印		所 属	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		内 線	
認 定 証 交 付 対 象 者	氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		
	生年月日	昭和・平成・ 令和 年 月 日	性 別	男 ・ 女	
認定証交付対象者の 住 所 ・ 電 話 番 号		〒 _____ 電話 _____			

医療機関等の確認事項

名 称	
住 所	
電 話 番 号	
期 間（ 予 定 ）	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※	申請代行者	氏 名	印	被保険者との続柄	
	申請代行者のご連絡先	〒 _____ 電話 () _____			
	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため 2 その他 (_____)			

※ 被保険者・認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。

〈担当者処理欄〉

--	--	--

交 付 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 末
適 用 区 分	
返 却 日	令和 年 月 日

~~~~~ 受 付 印 ~~~~~