

常務理事	課長	係長	担当

法定区分決定決議		
標準報酬月額	ア・イ	Ⅲ
千円	ウ・エ	Ⅱ
		Ⅰ

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者情報	被保険者証 記号・番号	—	生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	被保険者 氏名・印	Ⓜ 自署の場合は押印を省略できます。	
	被保険者 住 所	〒 —	
	電話番号 (日中の連絡先)	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	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	

希望送付先	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する場合にご記入ください。		
	住 所	〒 —	
	宛 名		

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

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 提出代行者印	Ⓜ
--------------------	---

受付日付印
