

健 保	常務理事	事務長	1	2	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号					
被保険者	氏 名	印		事 業 所	名 称
	生年月日	昭・平	年		月
適用対象者	氏 名	被保険者との続柄			
	生年月日	昭・平	年	月	日
被保険者(適用対象者)の住所		性 別			
		男 ・ 女			

* 限度額適用認定証の有効期限は最長1年間です。これを超える場合は再申請が必要となります。

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。

【健保使用欄】

⌢
受付年月日

発効年月日	平成	年	月	日
有効期限	平成	年	月	日
適用区分	A ・ B			