


健康保険限度額適用認定申請書

令和〇〇年〇月〇日

【注意事項】

- 原則として受診する日の属する1日より有効の認定証を交付します。
(受診予定日の属する月の前月に認定証の交付はいたしません。)
- 有効期限は発効日より1年間となります。
- 70歳以上の方は「適用区分」により、限度額適用認定証の提示が必要です。
(「適用区分」については、申請する前に、健康保険組合までお問合せください。)

※太枠線内をご記入ください。

被保険者 記号番号	記号 〇	番号 〇〇〇〇				
被保険者	氏名	健保 太郎 				
	生年月日	昭和	平成・令和	〇〇年 〇月 〇〇日		
事業所	名称	〇〇△△△△ 株式会社				
	所在地	〇〇県 〇〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇〇番				
適用対象者 <small>*適用対象者が被 保険者本人の場合 は記入不要</small>	氏名	健保 一郎	被保険者との続柄	長男		
	生年月日	昭和	平成	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男
被保険者(適用対象者)の住所	△△府 〇〇市 〇〇区 △△町 〇丁目 〇〇番					
当該認定証を 提出する医療 機関	名称	〇〇△△ 総合病院				
	受診日(入院日)	令和 〇〇年 〇月 〇〇日	入院期間	有	無	

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

なお、交付された認定証は使用の見込みがなくなった場合、または有効期限を過ぎた場合には速やかに健康保険組合に返却いたします。

健保組合 受付印	
-------------	--