

事務長・次長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

健康保険限度額適用認定申請書

※任意継続被保険者は記入不要です。

保険証の 記号・番号 (右つめ)	記号							番号					
------------------------	----	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--

事業所名称	
-------	--

被保険者	氏名	(フリガナ)						(氏)		(名)		印
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	備考						
認定対象 者欄 ※発行する 人が被保険 者と異なる場 合のみ記入	氏名	(フリガナ)						(氏)		(名)		続柄
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			性別	男・女			
自宅住所	〒											
	電話番号 (自宅・携帯) ※右つめ											

※「送付希望先」は送付先が自宅住所と同じ場合は記入不要です。

送付希望先	〒											宛名		
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--

送付方法 (どちらかに○)	事業所経由	・	上記住所へ郵送	確認欄 (どちらかに○)	交通事故(自損事故含む)ですか	該当・非該当
					労働災害に該当しますか	該当・非該当

※「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。

申請代行者	氏名	(フリガナ)						(氏)		(名)		被保険者との関係	
	電話番号											申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他

注 1 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

健保チェック欄									
担当者					確認者				
有効期限	令和	年	月	日から	適用区分				
	令和	年	月	日まで	住所		交付簿		
現物と確認しました <input type="checkbox"/>									

受付印