

健康保険限度額適用認定申請書

所属事業所 担当者印
印

被 保 険 者 証	記号		番号		
被 保 険 者	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
事 業 所	名称				
	所在地				
適 用 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			
被 保 険 者（適用対象者）の住所					
当 該 認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名称				
	所在地				
	入院日（予定日）		年	月	日
	想定される入院期間		年	月	日
		日～	年	月	日

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。

年 月 日

健 康 保 険 組 合 記 入 欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

