

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		記号	番号				
被保険者	氏名				事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成	年	月		日	所在地
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の必要 がありません)	氏名				被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	
被保険者(認定証交付対象者)の住所				〒			
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入下さい。)				年 月 日 ~ 年 月 日			

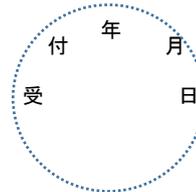
申請代行者	氏名			被保険者との関係	
申請代行者の住所		〒			
* 申請代行者の連絡先 (電話番号)					
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他()				

* 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。
* 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入下さい。
(注)被保険者氏名欄は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合は、押印は省略できます。

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。
なお、この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している
利用目的のため取得・利用・第三者提供することを同意致します。

平成 年 月 日提出

常務理事	事務長	主任	扱者



発行年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ