

発行年月日	有効年月日	区分
令和 年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	ア・イ・ウ・エ 現役

課長	係長	係

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日					
	被保険者証の (右づめ)	2 2 7		3	5	0	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4	8	4	5
	氏名・印 (フリガナ)	ケンボ	タロウ	健保	太郎	健保印	標準報酬月額	4	1	0	千円
	住所 (〒 332 - 0035 )	埼玉	都道府県	川口市西青木	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 ( 258 )	-	-			

認定対象者欄	療養を受ける者の氏名	氏名	健保 組子	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17 年 8 月 7 日 令和
	療養予定期間	令和 元年 5 月 ~ 令和 元年 6 月	傷病原因	病気によるもの 出産によるもの <input checked="" type="checkbox"/> 外傷性によるもの	

療養予定期間は当該疾病で医療費が高額(高額療養費)と予想される期間を記入ください。

外傷性(ケガ等)の場合は、別紙<負傷原因届>の添付が必要になります。

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
	住所 (〒 )	外傷性による申請の場合は、別紙 <負傷原因届>を添付ください。
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL
宛名		

申請代行者欄	「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。	
	氏名・印	被保険者との関係 被保険者本人が入院中で外出できないため
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由 その他 ( )

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報(申請代行の場合は申請代行者の印)に押印した印と同一印で訂正ください。

限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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。 令和 年 月 日

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印