

常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証 (被保険者手帳)	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇			
被保険者	氏名	〇〇 太郎					
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
事業所	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇123-5					
適用対象者	氏名	〇〇 花子			被保険者との続柄	妻	
	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日			性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇256-54					
当該認定証を提出する医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇病院					
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇111-22					
	入院日(予定日)	〇 年			〇 月		〇 日
	想定される入院期間	〇 年 〇 月 〇 日~			〇 年 〇 月 〇 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。

〇 年 〇 月 〇 日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

受付年月日