

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名			事業所 名称 所在地
	生年月日	年 月 日		
適用対象者	氏名			被保険者 との続柄
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
被保険者 適用対象者の 住 所				
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
外 来	外来受診での申請は、左側「外 来」に○を付けてください。			

上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

健保使用欄			

健保受付印欄