

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	
	生年月日	年 月 日		所在地	
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。

健保受付印欄

健保使用欄			