

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		〇〇 — 〇〇〇〇		
被保険者	氏 名	健保 太郎	事業所 名 称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇
適用対象者	氏 名	健保 花子	被保険者との続柄	〇〇
	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	性 別	男 ・ 女
被保険者 適用対象者の 住 所		〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇		
入 院 予 定 期 間		〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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			