

## 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	健保 太郎		
	生年月日	, ○○○○年 ○○月 ○○日		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	○○
	生年月日	, ○○○○年 ○○月 ○○日	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
被保険者 適用対象者の 住 所	○○市○○区○○町○-○			
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