常務理事	業務局長	業務部長	課　長	係　長	係

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	印	事業所	名　称	
	生年月日	昭和 平成　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	昭和 平成　年　月　日	性　別	男　・　女	
被保険者（適用対象者）の住所		〒 （連絡先の電話番号）　－　－			
入院期間（予定）		平成　年　月 ～ 平成　年　月			
認定証送付先		（○を付してください。） 自 宅　・　勤務先　・　その他			

受付年月日

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。