

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	1 2 3 4	番号	5 6 7 8	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	4	8	0
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ						
		健保 太郎						
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	○○	都(道)	府(県)	○○市○○町			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○ (○○○○) ○○○○				○○番○○号○○			

認定対象者欄	療養を受ける方 <small>被保険者の場合は、 記入の必要が ありません。</small>	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成			
					<input type="checkbox"/> 令和	50	年	6月10日
療養予定期間 (申請期間)		令和 4 年 6 月	～	令和 4 年 7 月				
		※原則として申請月の初日から最長で半年間となります。ただし標準報酬月額の変更月である9月をまたぐ申請の場合は有効期限を8月末にさせていただきます。この場合はお手数ですが8月中旬以降に延長分の申請をお願いいたします。						

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にのみご記入ください。							
	<input type="checkbox"/> 所属事業所へ送付する (所属している会社の人事部経由で送付を希望の場合は左のチェック欄に☑を入れてください。)							
	<input type="checkbox"/> 下記住所へ送付する (入院中等でやむを得ず別の住所に送付希望の際は左のチェック欄に☑を入れ下記記入欄に宛先をご記入ください。例: ○○病院○病棟○○号室等詳しくご記入下さい。)							
住所	(〒 -)			都(道)				
				府(県)				
電話番号	TEL ()							
宛名								

健康保険組合記入欄	
認定証交付日	年 月 日
発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
適用区分	

受付日付印