

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
標準報酬月額	千円

決 裁			

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	-	氏 名	
	生年月日	年 月 日	連 絡 先	内線
	所 属			外線

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	入院予定期間	余裕をもった日程で結構ですので必ずご記入ください		被保険者 との続柄
	入院の理由 (ケガの場合)	ケガの原因をご記入のうえ負傷原因届を添付してください		

送 付 先	※標準報酬月額の変更により自己負担限度額が変わる可能性がありますので、使用予定の1ヶ月以上前に発行はできません。早めにご申請いただいた場合も使用の3～4週間前の発行となります。			
	●送付先にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 下記送付先(月 日より休職予定のため)			
	宛 名		電話番号	
住 所	〒			

●被保険者以外の方が申請される場合にご記入ください

代 理 申 請	氏 名		被保険者 との関係	
	代理の理由		電話番号	

[202105]

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。

年 月 日

備考欄

・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へご記入ください。
(マイナンバー記載の場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

受付日付印