

提出先 : 被保険者→健康保険組合

常務理事	事務長	担当

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号	提出日 平成 年 月 日			
被保険者	氏名	印		事業所	名称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		性別	男・女
	生年月日	年	月	日	入院日	年 月 日 ~	
被保険者の住所		〒 _____ 日中の連絡先 TEL _____					

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。

- (注) 1. 市区町村民税が非課税世帯の場合は、非課税証明書を添付して下さい。  
 2. 限度額適用認定証は、被保険者のご住所に送付します。送付先を変更したい場合は健康保険組合にお問い合わせ下さい。

