

健康保険 限度額適用認定 申請書

71歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者） 情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	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 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎							
	住所	(〒 350 - 0001)	埼玉県	川越市	〇〇1-1-1				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001	埼玉県	川越市	〇〇1-1-1					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）									

認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	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	5	9	年	0	5	月	1	0	日
	交付必要期間	令和 1 年 5 月 ~ 令和 1 年 5 月												

希望送付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 人事経由受取	<input type="checkbox"/> 自宅郵送（書留）	<input type="checkbox"/> 自宅郵送（普通郵便）	<input type="checkbox"/> 下記住所に送付を希望
	住所	(〒 -)	都道府県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	宛名	被保険者との関係

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名		被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

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。

令和 1 年 5 月 15 日

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印
人事経由 本人直送

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--