

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号 (被保険者手帳記号番号)		—			
被保険者	氏 名	Ⓜ		事業所	名 称
	生年月日	年	月		日
適用対象者	氏 名				被保険者との続柄
	生年月日	年	月	日	性 別 男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所					
療養予定期間		令和 年 月 日 ～ 令和 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。

