

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	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	昭・平	年 月 日		所在地
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者 適用対象者の 住 所					
入院予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
外 来		外来受診での申請は、左側「外 来」に ○ を付けてください。			

上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

健保使用欄			

健保受付印欄