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 |  | | 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 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 性別 | | 男　・　女 |
| 被保険者（適用対象者）の住所 | | |  | | | |

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。