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。