

常務理事	事務長	課長	担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		事業所	所在地	
	番号			名称	
被保険者	住所	(〒 - )			
	氏名		電話番号(日中の連絡先)		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	( - - )		
適用対象者	氏名		続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)			
交付必要期間 (療養予定期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
認定証 希望送付先	1. 被保険者住所 2. 事業所				

上記のとおり、限度額適用認定証の交付を申請いたします。 令和 年 月 日 提出

### 【処理結果】

交付年月日	令和 年 月 日	
有効期限	令和 年 月 末日	
標準報酬月額	令和 年 月 千円	
区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ
	70歳以上	現役並みⅡ・現役並みⅠ
備考		

受付印

確認印