受付	令和　　年　　月　　日
決定	令和　　年　　月　　日

決裁			
常務理事	事務長	所属長	担当者

健康保険　限度額適用認定申請書

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号		16　　－		被保険者資格取得日	昭・平・令　　年　　月　　日
	事業所名称					
	被保険者	氏名			生年月日	昭・平　　年　　月　　日
	認定証交付対象者 ※本人の場合、住所のみ記入	氏名			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
		性別	男・女	続柄		TEL
		住所	〒			
	認定証送付先（いずれかに○）　①事業所　②自宅　③その他（下記に記入してください。）					
	〒　※③その他の場合、○○様方、○○病院○○病棟○○号室　等詳しく記入ください。					
	認定証必要期間		令和　　年　　月　　日 から　※未記入の場合、健保受付月の1日から			
	※受療目的が外傷の方は、次の設問にご回答ください（該当するものに○）。					
	第三者による負傷ですか？		業務上による負傷ですか？		通勤途上の負傷ですか？	
	・はい　・いいえ		・はい　・いいえ		・はい　・いいえ	
	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。 令和　　年　　月　　日 氏名					

健保記入欄	交付年月日		令和　　年　　月　　日				受付年月日
	発効年月日		令和　　年　　月　　日				
	有効期限		令和　　年　　月　　日				
	事業所コード		標準報酬月額	千円	適用区分		

R5.4