

健康保険限度額適用認定証申請書

常務理事	事務長			係

健康保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名	会社名		
	生年月日	年 月 日	所属	
申請対象者	氏名	続柄	区分	入院 ・ 外来
	生年月日	年 月 日	入院(予定)年月日	年 月 日
認定証の送付先	1. 事業所 () 2. その他 (〒)			

注意事項 : 入院先の医療機関に送付を希望する場合は、病棟や部屋番号まで記入して下さい。

受付日付印

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。

平成 年 月 日