

極秘

限度額証発効年月日	令和 年 月 日					係
有効期限	令和 年 月 日					
適用区分						
83万円以上 … ア	(備考欄)	資格	取得	昭・平・令 年 月 日		
53～79万円 … イ			喪失	平・令 年 月 日		
28～50万円 … ウ			期間	□1年以上/□1年未満		
26万円以下 … エ		標準報酬 月 額				千円

※組合使用欄

※上の欄には記入しないで下さい。

被保険者 健康保険限度額適用認定申請書
家 族

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号	番号	被保険者の 氏名	(印)		
	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	事業所の名称			
			所在地			
	被保険者の住所 電話番号	〒	電話 ()	-		
	適用対象者	氏名	男・女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	備考欄					

《上記以外の住所に送付を希望する場合、下記の欄に記入してください。》

希望する送付先	〒
宛 名	

《被保険者以外の方が申請する場合、下記の欄に記入してください。》

代 行 者 の 記 入 欄	申請代行者の氏名	(印)	被保険者との関係
	申請代行者連絡先	〒	電話 () -
	申請代行の理由		

社会保険労務士記載欄

受付日付

(印)

- 希望する送付先がない場合、被保険者住所に送付します。
- 外傷性のケガ(骨折・捻挫等)で受診する場合、必ず「負傷原因届」を添付してください。