

(申請) (申請) (交付) (お渡し)
 本人記入 → 事業主総務担当 → 健保 → 事業主総務担当 → 本人

常務理事	事務長	担当

限度額適用認定証申請書

提出日:平成 年 月 日

※記号は→2桁もしくは4桁 ※番号は→7桁

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の記号・番号												
	被保険者氏名	印											
	生年月日	昭和・平成 年 月 日											
	事業場名												
	<以下は適用対象者についてご記入下さい。>												
	対象者氏名											続柄	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)											
公費負担の有無 (○を付けてください)	1 受けていない												
	2 乳児医療費助成を受けている												
	3 その他 ()												
健 保 記 入	発効年月日	平成 年 月 日											
	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ											

上記のとおり健康保険限度額適用認定証を申請します。
 * 公費による助成を受けている方は対象外です。