

(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:平成〇〇年〇〇月〇〇日

※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	健保 太郎 印										
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日										
	事業場名	☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆株式会社										
	<以下は適用対象者についてご記入下さい。>											
健 保 記 入	対象者氏名	健保 花子							続柄	妻		
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (**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。