

(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:西暦****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	健保 太郎 印											
	生年月日	西暦 20** 年 00 月 00 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。>												
	対象者氏名	健保 花子								続柄	妻		
	生年月日	西暦 20** 年 00 月 00 日 (**歳)											
	傷病区分	第三者行為以外の傷病 . 第三者行為による傷病											
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。

※第三者行為による傷病の場合には発行できない場合があります。
 (第三者行為とは、交通事故や喧嘩など第三者の行為による負傷のこと)
 ※公費による助成を受けている方は公費優先のため対象外です。