

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)情報	事業所名	三協立山(株)	所属名	〇〇〇支店 〇〇部 〇〇課		
	被保険者証の記号	82	番号	100000	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇年〇月〇日
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ 三立 太郎				
	住所	(〒 933 - 〇〇〇〇 ) 富山 都道府県 高岡市〇〇〇番地 TEL 0766 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇				

認定対象者欄	療養を受ける方 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 被保険者	氏名	(フリガナ) サンタテ ハナコ 三立 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇年〇月〇日 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者の場合 氏名と生年月日 は記入の必要は ありません	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	(続柄 妻 )			
希望適用月	令和 〇年〇月 ~					

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。

令和 〇年 〇月 〇日

※限度額適用認定証は通常、被保険者の所属先へ送付（任意継続は自宅へ送付）いたしますが希望する送付先があれば下記にご記入ください。

希望送付先	<input type="checkbox"/> 1. 上記の被保険者住所へ	<input type="checkbox"/> 2. 下記記入の送付先へ
	住所	(〒 - ) 都道府県
	宛名	TEL ( )

申請代行者欄	※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください (フリガナ) _____ 日中の連絡先	
	氏名	TEL - -
	被保険者との関係 ( )	
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中の為、手続きができない。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

受付日付印
-------

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)