

受付年月日	令和 年 月 日
伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 裁 年 月 日	令和 年 月 日
発 効 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 日
適 用 区 分 (何れかに○印)	ア イ ウ エ オ

決 裁					
被 保 険 者	資格取得日	昭平令 年 月 日			
被 扶 養 者	認定年月日	昭平令 年 月 日			
備 考					

*上記枠内は記入しないで下さい。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記 号		番 号	
事業所の名称					
被 保 険 者 氏 名					
限 度 額 適 用 者 対 象	氏 名		男 ・ 女	続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	住 所				
医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地	名 称				
	所 在 地				
	入院・外来	入院 (入院予定日: 令和 年 月 日) 外来			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p> <p style="text-align: center;">日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</p>					