

限度額適用認定証 交付申請書

被保険者証 記号・番号		-			
被保険者	氏 名		事業所	名 称	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		所在地	
	住 所	〒 -			
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)				
認定対象者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
申請代行者	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏 名		被保険者との関係		
	電話番号 (日中の連絡先)	()	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 ()	
希望送付先	別のところに送付を希望する場合にご記入ください。				
	住所・電話番号 (日中の連絡先)	〒 - TEL ()			
	宛 名		被保険者との関係		
備 考	※ 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、下記へ記載してください。 (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。)				

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 年 月 日

受 付 印

理事長	常務理事	事務長	係