

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 (被保険者手帳)	記号	○	番号	○○○○
被 保 険 者	氏名	京葉 太郎		
	生年月日	昭和・平成 ○○年 4 月 1 日		
事 業 所	名称	○○○○○		
	所在地	○○県○○市○○町○○		
適 用 対 象 者	氏名	京葉 花子	被保険者 との続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和 ○○年 3 月 1 日	性別	男 女
被 保 険 者 (適 用 対 象 者) の 住 所		千葉県千葉市○○区○○町1-1		
当 該 認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名称	○×総合病院		
	所在地	○○県○○市○○町○○		
	入院日 (予定日)	令和○○年 ○○月 ○○日		
	想定される入院期間	令和○○年 ○○月 ○○日～ ○○年 ○○月 ○○日		

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

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

