

		常務理事	事務長		担当者
伺年月日	平成 年 月 日				
決裁年月日	平成 年 月 日				
交付年月日	平成 年 月 日				

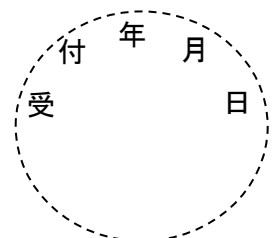
健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号 - 番号	-		所属事業所 の名称(SC)			
被保険者	氏名	Ⓜ		生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所	〒 TEL ()				
適用対象者 <small>※被保険者本人の 場合は記入不要</small>	氏名			性別	男・女	
	生年月日	昭・平 年 月 日		被保険者 との続柄		
交付必要期間 (入院予定期間など)						
認定証送付先住所 <small>※未記入の場合は被保険者 の住所へ送付します</small>	〒 TEL ()					
	宛名					
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか・食中毒等)によるものですか？					はい・いいえ	
申請書には必ず被保険者証(写し)の添付をしてください。					確認 <input type="checkbox"/>	

注)被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合には以下の申請代行者欄にご記入ください。
認定証の送付先は上記の「被保険者住所」、または「認定証送付先住所」となりますのでご注意ください。

申請代行者	氏名			被保険者 との関係	
	住所	〒 TEL ()			
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()				

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。 平成 年 月 日提出



		常務理事	事務長		担当者
伺年月日	平成 年 月 日				
決裁年月日	平成 年 月 日				
交付年月日	平成 年 月 日				

記入例

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号 - 番号	1000 - 00000	所属事業所 の名称(SC)	渡辺パイプ株式会社(新宿SC)		
被保険者	氏名	健保 太郎	生年月日	昭・平 45年 6月 6日	
	住所	〒130-0000 TEL 03 (0000) 0000 東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇			
適用対象者 ※被保険者本人の 場合は記入不要	氏名	健保 花子	性別	男・女	
	生年月日	昭・平 50年 10月 10日	被保険者 との続柄	妻	
交付必要期間 (入院予定期間など)	平成26年 5月 10日 ~ 1週間程度				
認定証送付先住所 ※未記入の場合は被保険者 の住所へ送付します	〒		TEL ()		
	宛名				
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか・食中毒等)によるものですか?	はい・いいえ				
申請書には必ず被保険者証(写し)の添付をしてください。	確認 <input checked="" type="checkbox"/>				

注)被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合には以下の申請代行者欄にご記入ください。
認定証の送付先は上記の「被保険者住所」、または「認定証送付先住所」となりますのでご注意ください。

申請代行者	氏名		被保険者 との関係	
	住所	〒 TEL ()		
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()			

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。 平成 26年 4月 30日提出

