

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者証の (左づめ)	9 9 9 9 9 9	1 1	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	8	1	2	0	6
	氏名・印	(フリガナ) ソ ウ ム ハ ナ コ 総 務 花 子		自署の場合は押印を省略できます。						
住所	(〒 144 - 8421)	東京	都 道 府 県	大田区蒲田1丁目1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03(0000)0000								

認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	総 務 次 郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5 0 年 9 月 1 1 日
	療養予定期間	平成 2 7 年 3 月 ~ 平成 2 7 年 8 月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。			

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と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	(〒 231 - 0023)	神奈川	都 道 府 県	横浜市中区山下町24-8 シティコート山下公園オフィス棟304号	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	045(641)6500			
宛名	株式会社 ジェネラルビルドアップ					

申請代行者欄	「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・印		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	申請代行の理由	()

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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 2 7 年 9 月 1 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

(26.7)

様式番号

協会使用欄

2 3 0 1 1 7