

被保険者が住民税非課税の方は、この用紙ではなく「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」と添付書類をご提出ください。

詳細は、事業所担当者または健保組合へお問い合わせください。

常務理事	事務長		担当者	標準報酬月額	備考
				千円	

健康保険 被保険者・家族 **限度額適用認定証 交付申請書**

太枠内をすべてご記入・ご捺印の上、事業所担当者または健保組合へご提出ください。 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			被保険者(請求者)の 氏 名 と 印	フリガナ		
	記号	番号			印		
	被 保 険 者 の 現 住 所			〒 - 電話番号 ()			
	事 業 所 名 称						
	適 用 対 象 者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日 続柄
	「限度額適用認定証」お届先			「限度額適用認定証」は事業所担当者へお送りします。 やむを得ない場合のみ、お届先の住所を下記へご記入ください。			
	備 考	診療開始の日(入院など)をご記入ください。 月 日より					

健保使用経過欄	
受付年月日	
受付番号	第 号
決定年月日	