

※ この欄は記入しないでください。	適用区分	標準報酬月額
交付 No.		千円

健康保険 限度額適用認定申請書 108

被保険者証の 記号・番号	記号	123	事業所の 名称・所属	名称	(会社名)
	番号	456789		所属	(所属名)
被保険者氏名	〇〇 〇〇				

※ 適用対象者が被扶養者(ご家族)の場合は、下記の氏名欄・生年月日欄も記入してください。

対象者氏名		対象者の 生年月日	昭平 令	年	月	日
-------	--	--------------	---------	---	---	---

交付必要期間 月単位 (入院予定期間などを記入してください。) 期間は最長年度末まで交付可能です。	〇年 〇月 ~ 〇年 〇月末迄
---	-----------------

※ 「限度額適用認定証」は、次のいずれかの方法でお渡しいたします。

- 被保険者へ直接
- 職場を経由
- 希望先へ郵送

被保険者署名 _____ 〇〇 〇〇

2. 職場経由で認定証の受け取りを希望される場合は、下記の委任証明を記入してください。

私は、「限度額適用認定証」の受け取りを

委任者 _____ 〇〇 〇〇 _____ に委任いたします。

3. 郵送で受け取りを希望される場合は、下記の郵送依頼先を記入してください。

(入院先医療機関でも受け取りができるのであれば、その場所を記入していただいて構いません。)

申請内容の確認をさせていただく場合がありますので、必ず電話番号を記入してください。

(宛先)〒
郵送先

(宛名)

(連絡がとれる電話番号)
TEL

受 付

確認欄	内容を確認し、確認欄へチェック✓をしてください。
✓	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。