

健康保険限度額適用認定申請書

所属事業所 担当者印
印

被保険者証	記号	000	番号	0000
被保険者	氏名	三菱 太郎		
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 5月 1日		
事業所	名称	〇〇〇〇株式会社		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		
適用対象者	氏名	三菱 一郎	被保険者との続柄	長男
	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 7月 1日	性別
被保険者（適用対象者）の住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
当該認定証を提出する医療機関	名称	〇〇〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2		
	入院日（予定日）	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	想定される入院期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		

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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

