

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者	記号・番号	—	事業所名	
	被保険者 氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者 住所・連絡先	〒 —		TEL () —
適 用 対 象 者 <small>※被保険者の場合は記入の必要はありません</small>	適用対象者 氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	適用対象者 性 別	男 ・ 女	被保険者 との続柄	
	適用対象者 住所・連絡先	〒 —		TEL () —
申 請 代 行 者 <small>※被保険者・適用対象者以外の方が申請する場合に記入してください。</small>	申請代行者 氏 名		被保険者 との関係	
	申請代行者 住所・連絡先	〒 —		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 ()			
<p>令和 年 月 日</p> <p>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。</p> <p>限度額適用認定証の送付先は【<u>事業所・被保険者・適用対象者・申請代行者</u>】の住所 にお願いします。(希望郵送先へ○を付してください。)</p> <p>※申請代行者が被扶養者もしくは事業主以外で、申請代行者の住所に送付希望の場合は、被保険者との 続柄を証明する書類(写し)等を添付してください。(戸籍謄本の写し等)</p>				

※限度額適用認定証が適用されるのは、申請を受付けた月の1日から最長1年間が有効期間になります。
有効期限後引き続き高額な診療を受けられる場合は、改めて交付の申請をしてください。

<small>※健保組合使用欄</small>		
【特記事項】		

愛知県医療健康保険組合
〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号
TEL 052-269-3203