

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記号	番号	マイナンバー（記号・番号が分からない場合のみ記入してください）															
									-							-			
被保険者	氏名			事業所	名称														
	生年月日	年	月		日	所在地													
認定証交付対象者 （被保険者の場合は記入の必要がありません）	氏名			被保険者との続柄															
	生年月日	年	月	日	性別		男 ・ 女												
認定証交付対象者の住所			〒 —																
交付必要期間 （入院予定期間などをご記入ください）			年 月 日 ～ 年 月 日																

※	申請代行者の氏名		被保険者との関係	
	申請代行者のご連絡先			
	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（ ）		

※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

【信濃每日新聞健康保險組合記入欄】

決 済				
常務理事	事務長	係	係	係

処 理 結 果				
発効年月日	令和	年	月	日
交付年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
適用区分	ア・イ・ウ・エ			