

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		
		33	100		
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称
	生年 月日	平成1年4月1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	健保 花子		被保険者との 続柄	妻
	生年 月日	平成3年5月1日		性別	男 · 女
認定証交付対象者の住所 (入院予定期間などをご記入ください)			〒 380-0836 長野市南県町000-0		
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください)			令和6年7月1日 ~ 令和6年8月10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。

【信濃毎新聞健康保険組合記入欄】

※こちらには記入しないでください
(信毎健保記入欄)