

受付	年 月 日
決定	年 月 日
標準報酬月額	千円

決 裁			

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—			
被 保 険 者	氏 名	印	事 業 所	名 称	
	生年月日	年 月 日		所 在 地	
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所					
入院予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
入院の理由がケガによる場合はその原因をご記入ください					

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。

