

記入例

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号	1155	—	0001		
確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ※左記の確認欄にチェックをお願いいたします。				
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認をしている。				
被保険者	氏名	健康 太郎	事業所	名称	トプコン健康保険組合
	生年月日	昭和50 年 1 月 1 日		所在地	〒174-8580 東京都板橋区蓮沼町75-1
適用対象者	氏名	本人	被保険者との続柄		本人
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
被保険者(適用対象者)の住所		東京都板橋区蓮沼町74-6			
外来診療の方⇒申請年月日 入院の方⇒入院または入院予定年月日		令和 3 年 4 月 1 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。

