No.

適用区分	標報月額	千円	発効年月日	年　月　日				
ア・イ・ウ・エ・Ⅱ・Ⅰ	交付年月日	年　月　日	有効期限	年　月　日				

健康保険　限度額適用認定証交付申請書

① 被保険者等記号・番号	（記号）　（番号） ー		②事業所名	
被保険者の	③氏名	（カナ）	④生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	⑤住所	〒　ー TEL　（　）		
認定証交付対象者の	⑥氏名	（カナ）	⑦生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	⑧被保険者との続柄		⑨療養（予定）期間	年　月 ～　年　月
⑩ ⑤とは別の送付先を希望する場合は、その送付先	〒　ー TEL　（　）			
	（　宛　名　）			
⑪備考		※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。		

◎注意事項

受付年月日

1．この申請書は、70歳未満及び70歳以上の現役並み所得者ⅠまたはⅡの区分に属する方が療養される（されている）場合に使用してください。

2．対象者が被保険者本人の場合、⑥⑦⑧の記入は不要です。

2024.12

大阪紙商健康保険組合