健康保険
限度額適用認定申請書

事務長	部長	課長	係長	主任	係

被保険者情報

	記号	番号	生年月日
被保険者証の（右づめ）	9999	50	元号 昭和 3年 5月 0日 9月 1日 5

氏名・印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　サンシロウ 健保　三四郎 印	※自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 000 － 0000) 都道府県 愛知 ○○市○○町○番○○○ ○○○マンション　○○○号室	
電話番号（日中の連絡先）	000 （ 000 ） 0000	

認定対象者

	氏名	生年月日
療養を受ける方の	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　ハナコ 健保　華子	元号 昭和 3年 6月 0日 5月 1日 0

療養予定期間	年　月 から　年　月 まで	※記載の無い場合は、原則受付した月の１日から１年間有効となります。
申請を受けたことがある方	発効年月日 平成 28 年 4 月 から 平成 29 年 3 月 まで	証の返却はされましたか ☑ はい ☐ いいえ ☐ 添付

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所	(〒　－　) 都道府県
電話番号（日中の連絡先）	（　）
宛名	

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名・印	印	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため。
被保険者との関係			☐ その他 [ ]
電話番号（日中の連絡先）	（　）		

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。　平成 29 年 4 月 2 日

被保険者マイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

受付日付印	確認日付印

愛知県農協健康保険組合