

発行年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

※ 健保使用欄

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記 号	番 号	生 年 月 日
				昭和・平成 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)	⑩	自著の場合は押印を省略できます。
	住所	〒 一 都道 府県		
	電話番号	TEL ()		

認 定 対 象 者	療養を受ける方 (被保険者の場合は 記入の必要はありま せん)	(フリガナ)	生 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日

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	〒 一 都道 府県	
	電話番号	TEL ()	
	宛名		

申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入・押印をしてください。		
	氏名・印	(フリガナ)	被保険者との関係
		⑩	申請代行の理由
			☐ 被保険者本人が入院中の為 ☐ その他 ()

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。 令和 年 月 日

【 申 請 方 法 】

健康保険組合まで送付して下さい。
〒542-0072
大阪府大阪市中心区高津3丁目15番2号
U-NEXT HOLDINGS健康保険組合

日付受付印