

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 123	番号 45678	生 年 月 日 昭和・平成 1 年 2 月 3 日
	氏名・印	(フリガナ) ヲウセン タロウ 有線 太郎 印		自著の場合は押印を省略できます。
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都道 〇〇 府県 〇〇市〇〇町123-45		
電話番号	TEL 0123 (45) 6789			

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) ヲウセン ハナコ 有線 花子	生 年 月 日 昭和・平成・令和 4 年 5 月 6 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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都道 〇〇 府県 〇〇市〇〇町678-90 〇〇ビル〇〇F	
	電話番号	TEL 0987 (65) 4321	
宛名	株式会社 〇〇〇〇 〇〇 支店		

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 申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中の為 <input type="checkbox"/> 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

日付受付印

【申請方法】

健康保険組合まで送付して下さい。

〒542-0072

大阪府大阪府中央区高津3丁目15番2号

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合