

常務理事	事務長	担当

## 限度額適用認定証申請書

提出日 平成 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号			
	被保険者  氏 名	印		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	事業場名			
	<以下は適用対象者についてご記入下さい>			
	対象者  氏 名		続柄	
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 歳
	公費負担  の有無  (○を付けて ください)	① 受けていない ② 乳幼児医療費助成を受けている ③ その他 ( )		
健 保 記 入	発効年月日	平成	年	月 日
	適用区分	A 上位	B 一般	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証を申請します。

\*公費による助成を受けている方は対象外です。