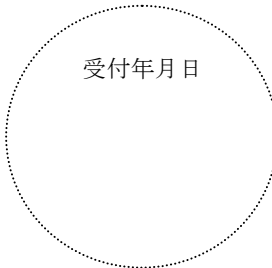


## 健康保険限度額適用認定申請書（70歳未満）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 番号		被保険者	氏名					
					生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	事業所	名称								
		所在地								
	適用対象者	氏名					被保険者 との続柄			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日					
被保険者(適用対象者)の住所										

- ・限度額認定証の発効日は健保に申請があった日の属する月の初日（1日）となります。
- ※発効年月日を遡及することはできませんので、ご注意ください。

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。



健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者	下記により『健康保険限度額適用認定証』を交付します。		
	発効年月日	令和	年	月	日	標準報酬月額
有効期限	令和	年	月	日	適用区分	