

健康保険限度額適用認定申請書

(※) マイナ保険証を利用すれば、この事前申請は不要です。

理事長	常務理事	事務長	担当者

被保険者証		被保険者氏名及び生年月日	事業所の名称	
記号		年 月 日生		
番号				
※適用対象者の氏名	性別	生 年 月 日	続柄	
	男・女	昭和・平成 令和 年 月 日		
適用対象者の住所	(〒 -)			

※適用対象者が被保険者本人の場合、
適用対象者氏名欄に「被保険者」と記入し、生年月日・続柄は省略してもかまいません。

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

被保険者氏名 印

東海放送健康保険組合 理事長殿

今回の申請に係る入院予定についてご記入ください。(入院の方のみ)

入院期間(日数)	令和 年 月 日ごろから	日間ぐらい
	令和 年 月 日ごろまで	
入院する保険医療機関等	名称	県 (県名のみご記入ください)
	所在地	

受付日付印