健康保険限度額適用認定決議			決裁	常務理事	事務長			担当者
発効年月日	令和　　年　　月　　日		被保険者		資格取得日	年　　月　　日		
有効年月日	令和　　年　　月　　日		被扶養者		認定年月日	年　　月　　日		
適用　区分	標準報酬月額	区分	備考					

※上記枠内は記入しないで下さい。

健康保険 限度額適用認定 申請書 70歳未満の方用低所得者は除く）

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記　号		番　号	
	事業所の名称				
	被保険者氏名	㊞ ※自署の場合は押印を省略できます。			
	被保険者の住所	〒　　―			
認定対象者欄	療養を受ける方 （被保険者の場合は記入不要です。）	氏　名		続柄	
		生年月日	□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日		
	療養予定期間	令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 ※記入がない場合、原則受付した月の１日から１年間有効となります。			

※「申請代行者欄」被保険者及び療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名・印	㊞	被保険者との関係	
	電話番号		申請代行の理由	□被保険者本人が入院中で外出できないため □その他（　　）

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者が所属する事業所になりますので十分ご注意ください。

シチズン健康保険組合理事長　殿

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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
㊞