

常務理事	事務長		担 当

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 (本 人)	〒 昭和 ・ 平成 年 月 日	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号 ま た は 個 人 番 号	
	印		
被 保 険 者 の 住 所	〒 電話番号 ()		
適 用 該 当 者 (認 定 証 を 使 用 する 人)	〒 昭和 ・ 平成 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
療 養 予 定 期 間 (必 要 期 間)	平成 年 月 ～ 平成 年 月	受 付 月 の 初 日 より 前 に 遡 る こ と は で き ま せ ン	
送 付 希 望 先	※被保険者住所以外に送付希望の場合のみご記入ください。 ・ 所属店舗宛 () 店 ・ その他		
	〒 電話番号 ()		
申 請 代 行 者 欄	※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏 名	印	被 保 険 者 と の 関 係
	電 話 番 号	()	
	申 請 代 行 の 理 由	<input type="checkbox"/> 被 保 険 者 本 人 が 入 院 中 の た め <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。 平成 年 月 日

受 付 日 付

< 注 意 事 項 >

- ・有効期限が切れましたらマルハン健康保険組合までご返却ください。
- ・その後も必要な場合はお手数ですが再度申請書をご提出ください。
- ・非課税世帯の方は併せて「健康保険標準負担額減額申請書」と「非課税証明書」をご提出ください。

健 保 記 入 欄

区分	ア・イ・ウ・エ・オ ()	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
----	---------------	------	-------------------