

健康保険 限度額適用認定申請書

令和 年 月 日

JMA健康保険組合 理事長殿

下記の通り「健康保険 限度額適用認定証」の交付を申請します。

被保険者証 の記号番号	記号		フリガナ				性別
	番号		被保険者 氏名				男・女
資格取得年月日	令和	年 月 日	被保険者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
被保険者住所	〒 -						
被保険者の勤務 する事業所	名称						
適用対象者氏名		続柄		適用対象者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
認定必要期間 (療養予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	目的	通院 ・ 入院		備考			
発送先住所	〒 -						

*** 注意事項**

- ・ 70歳未満の通院中、入院予定または入院中の方が対象です。
- ・ 退院等により不要となったときは、健保組合へご返却ください。
- ・ 交付期間は最長で1年間です。申請月の初日からの発行となります。
継続して使用する場合は、有効期限が切れる前に再申請してください。

受付印

健保使用欄	
交付期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで