健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報			
被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
氏名・印	（フリガナ）		。
住所	（〒　　ー　　）	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄			
療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和
療養予定期間	令和　年　月　～　令和　年　月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	

希望送付先	
上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）
宛名	

申請代行者欄			
「申請代行者欄」は、被保険者およ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。			
氏名・印		被保険者との関係	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	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、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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。　　令和　　年　　月　　日

（元.5）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

大阪府石油健康保険組合