健康保険　限度額適用認定　申請書

▼太枠内と申請日（右下）をご記入ください。

被保険者情報	被保険者証の	記号　　番号 □□□□ － □□□□□□□□	生年月日 □ 昭和 □ 平成　□□ 年 □□ 月 □□ 日
	氏名	（フリガナ）	
	住所	（〒　　－　　）　都道府県	
	電話番号（日中の連絡先）	（　　）	

療養を受ける方 ※被保険者の場合は記入の必要がありません	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日

療養予定期間 （必ずご記入ください）	令和　年　月 ～ 令和　年　月 ※　未定の場合は申請月より1年でご記入ください。	＊申請月の初日から最長で1年間となります。 （例：令和3年7月～令和4年6月） なお、申請月の初日より前に遡及はできません。 ＊限度額適用認定証の有効期間となります。

送付希望先	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	（〒　　－　　）　都道府県
	電話番号（日中の連絡先）	（　　）
	宛名	

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	申請代行の理由	□被保険者が入院中で外出できないため □その他 （　　）
	電話番号（日中の連絡先）	被保険者との関係	

※限度額適用認定証の送付先は、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。

上記の通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**

※ 被保険者が住民税非課税の場合はこの申請書ではありませんのでご注意ください。
（その場合は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に非課税証明書を添付してご申請ください。）

常務理事	事務長			

受付日付印

リゾートトラスト健康保険組合