

健康保険 限度額適用認定申請書例

被扶養者分の認定証を希望する場合は記入する

協会けんぽから、この住所に限度額認定証が郵送されるので、正確に記入する

届出コード 6220

健康保険 限度額適用認定申請書

70歳未満の上役所得者・一般所得者用

1	氏名	千代	目	あ	つ	△	住所	21
2	被扶養者の氏名	1	2	3	4	5	〒	〒
3	被扶養者の生年月日	○	○	○	○	○	○	○
4	被扶養者の住居	〒		〒		〒		〒
5	「4」の住所とは別のところへ送付を希望する場合は、その送付先	〒		〒		〒		〒

〒 000-0000 東京都練馬区旭町○-○-○

10. 送付希望する住所に郵便局がなければ、以下送付先住所を記入してください。

10	送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者本人 〒	<input type="checkbox"/> 被扶養者本人 〒
11	送付先住所	〒	〒

11. 送付先住所

〒 21年 9月 - 平成 21年 12月

12. 送付先住所が記入するところ(注) 被扶養者本人以外の住所を希望する場合は記入してください。

13	送付先住所(被扶養者本人)	〒	〒
14	送付先住所(被扶養者本人)	〒	〒

15. 申請書の送付先住所

〒

平成 年 月 日

送付先住所

被扶養者番号	〒	〒
交付年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

全国健康保険協会

被保険者の自宅以外に送付を希望する場合は記入する