

様式番号	
給	17

令和	年	月	日
部長	課長	扱	確認

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号と番号							
被保険者	氏名				事業所	名称	
	生年月日	昭 平	年	月		日	所在地
適用対象者	氏名				被保険者との続柄		
	生年月日	昭 平 令	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所							
受診区分		入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 訪問看護					
入院予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
入院の理由		1. ケガなど外傷によるもの(※)      2. 私傷病によるもの					

※入院理由がケガなど外傷性の場合は『傷害事故届(給11)』の添付が必要です(初回申請時のみ)

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

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿