

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号		—	事業所名 (会社名)		
	被保険者	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	適用対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
		性別	男 ・ 女	被保険者との続柄		
	適用対象者の住所		〒 電話番号			
	認定証送付先		〒			
	医療機関名称					
	傷病名					
	診療区分 どちらかに○をして下さい。		外来 ・ 入院	適用開始年月	令和 年 月	
	備考					

注意)

- ①認定証の適用開始月は健康保険組合に原則書類が到着した月となります。
- ②有効期限は発行月から8月末日迄です。
(有効期限内は申請して頂いた医療機関・診療区分以外でも使用できます。)
- ③認定証送付先は原則自宅もしくは会社をご記入下さい。
(病院への送付を希望する場合は、病室等詳細にあて先をご記入下さい。)
- ④市町村民税非課税の方は健康保険組合までご連絡下さい。
- ⑤外傷性疾患(骨折等)の場合は備考欄に負傷日と負傷原因をご記入下さい。
(但し、交通事故の場合は健康保険組合にご連絡下さい。)

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。

受付印