

常務	事務長	職員

## 健康保険限度額適用認定申請書

下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 日提出

被保険者の記号番号		記号	番号	いずれかに、「レ」を記入してください <input type="checkbox"/> 社員(契約含)・アルバイト <input type="checkbox"/> 任意継続		
被保険者	フリガナ			事業所	会社名	
	氏名	印 (自署の場合は押印を省略できます。)			部署名	
	生年月日	昭和 平成	年		月	日
認定証交付対象者 (被保険者の場合 記入の必要は、 ありません)	フリガナ			被保険者との続柄		
	氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日		昭和 平成	年	月	日	
被保険者(認定証交付対象者)の住所		〒 —				
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
社内受け渡し以外で別のところに 送付を希望する場合にご記入 下さい		〒 —				
備考	有効期限が切れましたら、健康保険組合まで返却願います。その後も必要な方は、再度申請してください。受け取り後は、裏面の注意事項を確認願います。					

※	申請代行者	氏名	印	被保険者との関係	
	申請代行者のご連絡先				
	申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他 ( )		

※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日	受 付 印
	発行年月日	令和 年 月 日	
	有効期限	令和 年 月 日	
	適用区分		