

常務理事	事務長		係員

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号	—		社員コード	
被 保 険 者 本 人	フリガナ		生年月日	S・H・R 年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
	連絡先	自宅 または 携帯 所属内線 または 外線		
認定証が必要な方	フリガナ		生年月日	S・H・R 年 月 日
	氏 名			
入 院 の 場 合	予 定 期 間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	病 院 名：			
★前月から希望される場合： 月 から 必 要 （原 則 発 効 日 は 健 保 で 申 請 を 受 け た 日 の 月 の 1 日 と な り ま す）				
上記住所以外への送付希望先	〒 - (連絡先 TELまたは携帯) - -			
国や地方自治体の医療助成をうけられていますか？	はい ・ いいえ			
労災・通勤災害または第三者行為による傷病ですか？	はい ・ いいえ			

申 請 代 理 人	フリガナ		被保険者 との関係	・ 配偶者 ・ 子 ・ その他()
	氏 名			
	住 所	〒 - (連絡先) TELまたは携帯 - -		
申 請 代 理 の 理 由	・被保険者が入院のため ・その他()			

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。

記入日 令和 年 月 日

(健保記入欄)

郵送日	・自宅 ・所属 ・直接 ・その他()	返却日	入力日
-----	------------------------------	-----	-----