

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	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇		社員コード	〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者本人	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	S・H・R 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	健保 太郎		
	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号		
	連絡先	自宅または携帯 090 - ×××× - ×××× 所属内線または外線 (800) - ×× - ×××		
認定証が必要な方	フリガナ	ケンポ ハナコ	生年月日	S・H・R 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	健保 花子		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配偶者</li> <li>・ 子</li> <li>・ その他( )</li> </ul>
	氏名			
	住所	〒 - (連絡先)		
申請代理の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被</li> <li>・ その他( )</li> </ul>			

申請代行は、被保険者本人が申請できない場合に限りま

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(健保記入欄)

\*記入必須

郵送日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅</li> <li>・ 所属</li> <li>・ 直接</li> <li>・ その他( )</li> </ul>	返却日	入力日