

常務理事	事務長	部長	課長	担当者	所得区分
					標準報酬月額
					千円

健康保険限度額適用認定申請書

マイナ保険証の利用登録をされている場合は発行対象外となります。

被保険者等 記号・番号		—					
事業所	名称						
	所在地	〒 —					
被保険者	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 — TEL ()					
適用対象者	氏名						
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	被保険者との続柄				性別	男・女	
	住所	〒 — TEL ()					
	入院・外来区分	入院・外来	傷病名				
	申請理由	病気・出産・ケガ	入院年月日 (予定)	令和	年	月	日
			令和	年	月	日	まで

令和 年 月 日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請をします。

注意事項

- 申請の際には適用対象者の資格確認書の写しまたは健康保険証の写しを添付して下さい。
- 当組合での受付月の初日から有効の認定証交付となります。
- ケガの場合は負傷原因届を添付して下さい。

受付年月日