

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		被保険者氏名		
	番 号		及び生年月日		
		年 月 日			
事 業 所	名 称				
	所 在 地				
認 定 証 交 付 対 象 者	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日			
	被 保 険 者 と の 続 柄		性 別	男 ・ 女	
※ 送付先住所 (郵送希望の場合)		〒 ー			
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください)		年 月 日 ～ 年 月 日			
傷病原因		1. 骨折やケガなど外傷性によるもの 2. 出産によるもの 3. 上記 1. 2以外によるもの			

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。

年 月 日提出

住 所
被保険者

氏 名

Ⓜ

電話番号 ()

携帯電話 ()

組 合 処 理 欄	処 理 結 果	
	発 効 年 月 日	年 月 日
	有 効 期 限	年 月 日
	適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ

受 付 日 付 印