

健康保険組合			
常務理事	事務長		担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

注) 被保険者氏名が自筆であれば捺印の必要はありません。FAX、Eメール添付申請は、自筆署名のみ受け付けます。

被保険者証の記号 - 番号		000 - 000			
被保険者	氏名	健康 一郎 (自筆)	印	所属部署	名称 〇〇〇部〇〇〇〇課
	生年月日	年 月 日		Tel番号	00 - 000 - 0000
認定証交付対象者	氏名	健康 一郎	被保険者との続柄		本人
	生年月日	年 月 日	性別		男 ・ 女
被保険者(認定証交付対象者)の住所		〒 -			
認定証交付が必要な診療開始月		☆【平成 年 月～6ヶ月間有効】 ☆上記有効期間後、延長を希望される方は再申請が必要です。			
認定証提示前の窓口負担合計額が自己負担限度額を超えている場合、翌月以降から適用となります (医療機関へ確認ください)					

被保険者以外の方が申請書の記入をされた場合は、この枠内に記入者氏名・続柄を自署してください。

記入者氏名	自筆	被保険者との続柄	
-------	----	----------	--

上記のとおり健康保険限度額適用認定申請書の交付を申請します。

健保組合記入欄	
標準報酬月額	千円
適用区分	ア イ ウ エ

受付年月日

