

常務理事	事務長	部・課長	係長	主任	主務	係員

健康保険限度額適用認定申請書

(新規 ・ 再交付 ・ 更新)

被保険者証 記号-番号		-	(健保記入欄) 診療時の標準報酬月額		
被 保 険 者	氏 名	Ⓜ	事 業 所	名 称	
	生年月日			所在地	
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日		性別	男 ・ 女	
被保険者の住所		〒 - TEL ()			
認定証使用予定診療月		平成 年 月 ~			
限度額認定証の送付先 ※○印をして下さい		1. 被保険者宅 2. 事業所 3. その他 [住所 :]			

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。

【留意事項】

- シャチハタ以外の印鑑で押印してください。
- 被保険者の住民税区分が非課税の方は、非課税証明書の添付が必要になります。
- 認定証は原則、申請をして当組合が受け付けた月の初日から有効です。
- 証発行は受付当日または翌営業日となります。お急ぎの場合以外のFAXによる申請はご遠慮ください。
- 窓口にて自己負担限度額を支払った場合でも、別途**付加給付金を受けられることがあります。**

事業所ご担当者または当組合・給付第1係までお問い合わせください。

整理欄	
取得年月日	H
交付年月日	H
発効年月日	H
有効期限日	H

