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		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･R
交付年月日	R
発効年月日	R
有効期限日	R

受付日付印