

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		分室		氏名 No.					
	番号		所属								
	適用 対象 者	氏名				被保険者との 続柄					
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		療養予定期間	平成	年	月	日	から平成	年	月	日	記載がない場合は、受付した月の初日から半年間有効となります
		交通事故など第三者行為による受診ですか？ 「はい」の場合は、事前に健康保険組合までご連絡ください									<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
	送付先	原則、事業所（社内便）で送付します 事業所以外への送付を希望される場合は、以下に記入してください <input type="checkbox"/> 被保険者の住所 <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と異なる住所（〇〇様方など詳しく記入してください） 〒 _____ 住所 _____									
	＊被保険者が住民税非課税の対象になる場合は、下記の証明書の添付が必要です 住民税非課税証明書 8月1日から12月31日入院の場合：その年の証明書（証明内容は前年分） 1月1日から7月31日入院の場合：前年の証明書（証明内容は前々年分）										
	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。  平成 年 月 日 被保険者 住所 _____  氏名(戸籍名) _____ <span style="float: right; font-size: 1.2em;">印</span>										

健 保 組 合 処 理 欄	認定証発行年月日	平成	年	月	日	
	有効期限	平成	年	月	日	
	理事長	常務理事	主任	係	健保組合受付印	