


健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 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	塩野義 太郎			被保険者との続柄	本人		
		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 ○年 ○月 ○日			性別	<input checked="" 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 checked="" 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（○○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 大阪府大阪市中央区道修町4-7-6 氏名(戸籍名) 塩野義 太郎									
									

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			