

健康 保 記 入 欄	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	給付担当
	交付年月日	平成 年 月 日			
	有効期限	平成 年 月 日			

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証 の記号番号	記号	×××	フリガナ	ケンポ タロウ	性別	男			
	番号	○○○○	被保険者 氏名	健保 太郎 (印)	性別	男 ・ 女			
資格取得年月日	昭和 平成	○○年○○月○○日	生年月日	昭和 平成	○○年	○○月 ○○日			
事業所	名称	横河電機 (株)							
	所在地	武蔵野市×××町・・・・							
認定証交付対象者	氏名	健保 一郎	生年月日	昭和 平成	○○年	○○月 ○○日			
	被保険者 との続柄	長男	性別	男	・	女			
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 (予定) 期間 <input type="checkbox"/> 通院 (予定) 期間 チェックしてください	平成	○○年	○○月	○○日	～	平成	○○年	○○月
認定証送付先	住所	〒○○○-×××× 東京 (都道府県) 武蔵野市○○○町・・・・ TEL 0422(○○) ××××							
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">平成 ○○年 ○○月 ○○日</p> <p style="text-align: center;">横河電機健康保険組合 理事長 殿</p>									

※注意事項

- ・ 対象者ごとに申請してください。
- ・ 認定期間は最長一年です。
- ・ 70歳を過ぎた方は該当しません。
- ・ 被保険者が住民税非課税の場合は「住民税非課税証明書」原本を添付のうえ別様式「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請してください。

受付印

【収集する個人情報について】

本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。