

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		性別
	番号		被保険者 氏名	印	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				
	所在地				
認定証交付対象者	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者 との続柄		性別	男 ・ 女	
	<input 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 日
認定証送付先	住所	〒 _____ 都道府県		Tel () _____	
<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>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。