

常務理事	事務長	担当者	

健康保険限度額適用認定申請書

◆お知らせ

- ・限度額適用認定証の発効日は申請書を健保で受領した月の初日（1日）となります。
- ・申請書を受領した月以前の認定証は交付出来ませんのでご注意ください。

被保険者証 記号番号		123 - 1000		申請年月日	XX年 ○月 ○日
被保険者	氏名	健康 太郎		事業所 名称	〇〇支店
	生年月日	昭和 平成	XX年 ○月 ○日		所在地
適用 対象者	氏名	健康 太郎		被保険者 との続柄	本人
	生年月日	昭和 平成	XX年 ○月 ○日	性別	男・女
利用予定日 (入院の方は入院日)		令和 XX年 ○月 ○日			
適用対象者 の住所等		〒 123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町 123 電話 012 (3456) 7890			

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

