

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。
- ・申請書の提出は郵送またはメールにて受付いたします。

被保険者等 記号番号 ※枝番不要	8XX-XXXX	申請年月日	XX年XX月XX日
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所名 株式会社〇〇〇〇
	生年月日	昭和 平成 XX年XX月XX日	
適用 対象者	氏名	健保 太郎	被保険者 との続柄 本人
	生年月日	昭和 平成 XX年XX月XX日	性別 男・女
利用予定日 ※入院の方は入院日	令和 XX年XX月XX日		
認定証 送付先住所	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 電話 090 (1234) 5678		

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。

受付年月日

