

理事長	常務理事	事務長	係員

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		—		
被保険者	氏名			所属部署
	生年月日	昭・平	年	月
		日	職員番号	
認定証交付対象者	氏名			被保険者との続柄
	生年月日	昭・平・令	年	月
		日	性別	男 ・ 女
認定証交付対象者の住所		〒 —		
		Tel — —		
<p>※ 認定証提示前の窓口負担合計額が自己負担限度額を超えている場合、翌月以降から適用となります。</p>				

上記のとおり、健康保険限度額適用認定申請書の交付を申請します。



健康保険組合記入欄	
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ

受付年月日
