常務理事	事務長		担 当

健康保険限度額適用認定証交付申請書

下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。

年　　月　　日 提出

被保険者の現況	被保険者等記号・番号	記号 番号	被保険者氏　名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	所属事業所・部署											
	被保険者住所	〒 電話　　（　　）										
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ	被保険者との続柄			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	適用対象者住所	〒 電話　　（　　）										
	入院・通院予定期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（有効期限：最長6ケ月）										
	傷病原因	1．骨折やケガなど外傷性によるもの　　2．1以外によるもの										
限度額認定証送付希望先		□ 被保険者住所　　□ 適用対象者住所 □ その他　〔 勤務先 ・ 実家 〕 〒　　－										
		受取人または送付先名称			連絡先（電話）							

※『限度額適用認定証』は、この申請書を当健保組合が受付した日の属する月の1日から有効となります。

健保記入欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	ア．83万円以上　イ．53万円以上83万円未満 ウ．28万円以上53万円未満　エ．28万円未満
	発効年月日	令和　　年　　月　　日
	有効期限	令和　　年　　月　　日

受付日付印

【申請書提出先】
〒100-0004
東京都千代田区大手町一丁目2番1号 OtemachiOneタワー16階

デル健康保険組合