

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。

		2019 年 5 月 15 日 提出									
被 保 険 者 の 現 況	被保険者等 記号・番号	記号 1	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者 氏 名	健保 太郎	生年月日	昭和	年	月	日	
		番号 1 2 3 4					平成				4
	所属事業所 ・部署	〇〇〇〇株式会社 〇〇〇〇 電話 0 4 4 (1 2 3) 4 5 6 7									
被保険者 住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1										
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ ケンポ ハナコ	被保険者 との続柄	妻	生年月日	昭和	年	月	日		
		健保 花子				平成				4	8
	適用対象者 住所	〒 同 上 電話 ()									
	入院・通院 予定期間	令和 1 年 5 月 20 日 ~ 令和 1 年 6 月 10 日 (有効期限：最長6ヶ月)									
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