

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書（任意継続者用）

被 保 険 者	被保険者証	記号		番号		
	氏名	フリガナ		生年月日		
				□ 昭和 □ 平成 年 月 日		
住所	〒 -		Tel - -			
適 用 対 象 者	療養を受ける方の氏名	フリガナ		生年月日		
				□ 昭和 □ 平成 年 月 日		
				□ 令和		
	第三者行為による傷病ですか？	□ 1. はい ※ 第三者行為（交通事故等）による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。 □ 2. いいえ				
	療養予定期間	□ 1. 入院 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 □ 2. 通院				
送付希望先	※ ご希望の送付先にチェックしてください。 □ 1. 被保険者住所：被保険者の方へ送付いたします。 □ 2. 被保険者住所以外：緊急の場合は、ご指定の住所に送付いたします。					
	宛名					
	住所	〒 -				

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

- 【注意事項】
- 認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
 - 申請書受付月以前の認定証は交付できませんので、ご了承ください。

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		適用 区分	

受付印