

限度額証発効年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	課長	主任	係
有効期限	平成 年 月 日					
適用区分						
● 上位所得者 … A 一般 … B	〈備考欄〉	資格	取得	昭和・平成 年 月 日		
			喪失	平成 年 月 日		
			期間	□1年以上 / □1年未満		
		標準報酬 月額				千円

※組合使用欄

※上の欄には記入しないで下さい。

被保険者健康保険限度額適用認定申請書  
 家 族

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号	2312	番号	1000	被保険者の氏名	健康太郎	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 00年 00月 00日		事業所の名称	〇〇〇病院		
				所在地	横浜市西区〇〇		
	被保険者の住所	〒231-0000					
	電話番号	横浜市中央区尾上町〇〇 - 〇〇			Tel (045) 000 - 0000		
適用対象者	氏名	健康花子		男・女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 00年 00月 00日		

《上記以外の住所に送付を希望する場合、下記の欄に記入してください。》

希望する送付先	〒220-0000 横浜市西区〇〇 - 〇〇
宛名	神奈川一郎

《被保険者以外の方が申請する場合、下記の欄に記入してください。》

代 行 者 の 記 入 欄	申請代行者の氏名	⑩	被保険者との関係	
	申請代行者連絡先	〒		Tel ( ) -
	申請代行の理由			

- 当組合にて申請書が受付された月の初日から有効となります。
- 希望する送付先がない場合、被保険者住所に送付します。
- 外傷性のケガ(骨折・捻挫等)で入院する場合、必ず「負傷原因届」を添付してください。

受付日付