

		起案年月日						
決裁	常務理事	事務長	主担者	係員				
	標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ				
	適用期限	平成	年	月	日	～	年	月

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者	被保険者証 記号・番号		〇〇 ・ 〇〇〇〇〇		
	事業所名(所属部署名)		〇〇部	内線	〇〇〇〇
	氏名	ダイヘン太郎			(男) ・ 女
	生年月日	(昭和) ・ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
	住所	〒532 - 8512 大阪市淀川区田川2-1-11 TEL ( 06 ) 6302 - 3006			
適用対象者	対象者が、被保険者(本人)の場合は、省略可。(同上と記載)		ダイヘン花子		男 ・ (女)
			(昭和) ・ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	住所	〒532 - 8512 大阪市淀川区田川2-1-11 TEL ( 06 ) 6302 - 3006			
適用予定期間		平成 〇〇年 〇〇 月 〇〇 日		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">         記号・番号に代えて個人番号でご申請いただくことも可能になりましたが、従来どおり、記号・番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。       </div>	
		平成 〇〇年 〇〇 月 〇〇 日			
医療機関	名称	〇〇総合病院			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇〇 TEL ( 〇〇〇 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
備考		個人番号: ←			

適用期間を必ず設定する必要があります。ある程度の予定期間を記入して下さい。

第三者行為(交通事故等)の場合は、別途「健康保険組合」までご連絡下さい。

健康保険組合理事長殿

健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

署名欄は、自筆が原則です。データ入力される場合は、押印が必要です。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名 ダイヘン太郎