

常務理事	業務局長	業務部長	課長	係長	係

記入例

健康保険 限度額適用認定申請書

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。

平成 27 年 1 月 20 日

被保険者欄	1	被保険者証号 記号・番号	(記号) 123 (番号) 456	2	事業所名称	株式会社〇〇プラスチック
	3	被保険者の氏名	柳橋 太郎			
	4	被保険者の生年月日	昭和 55 年 4 月 10 日 平成			
	5	被保険者の住所	〒 111-0000	Tel (日中の連絡先)	080 (1234) 5678	
			東京 都道府県	台東区〇〇〇1-2-3		
	6	送付希望先住所 上記「5」と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください	〒 140-0000	Tel (日中の連絡先)	03 (3456) 7890	
		東京 都道府県	品川区〇〇〇4-5-6 品川ビル3階			
		宛名	株式会社〇〇プラスチック			※勤務先や入院先等で被保険者本人以外の場合は担当者名 総務課 〇〇 様宛

適用対象者欄	7	療養を受ける方の氏名	柳橋 敏子	8	被保険者との続柄	母
	9	療養を受ける方の生年月日	昭和 29 年 2 月 15 日 平成			
	10	療養にかかる期間	平成 27 年 2 月 1 日 ~ 平成 27 年 3 月 15 日	※限度額認定証は、予定期間を確認の上、最大1年間の有効期限を設定し交付します。 予定期間が未記入の場合は、有効期限を申請受理月の翌月末日といたしますのでご注意ください。		
	11	傷病原因は第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ			

※健保組合に申請書が届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合（月末が近い場合）は、当組合への到着日にご注意ください。

※「限度額適用認定証」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送（普通郵便）を行います。速達による発送を希望される場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）の添付をお願いいたします。

健保組合記入欄	交付年月日	平成 年 月 日	受付印
	発効年月日	平成 年 月 日	
	有効期限	平成 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	