健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号 ― 番号		（記号）　　（番号） ―	事業所名 （会社名）	
被保険者 本人	氏名	印	生年月日	□昭和　□平成 年　月　日
	住所	〒　－	連絡先 （電話）	（　）

認定証が 必要な方	氏名		生年 月日	□昭和　□平成 年　月　日
	性別	□男　□女	被保険者との続柄	

送付先を選択	□本人住所　□会社の人事担当　□健保で手渡し　□その他			
送付先を「その他」で選択した場合のみ、送付先を記入 (同居していない家族が受け取る場合など)	住所	〒　－	連絡先 （電話）	（　）
	宛名			

入院の場合	開始予定日　：　　年　　月　　日　～
※前月から希望される場合：　　月から必要（精算に間に合うのかを医療機関に相談・確認し了承を得て下さい）	

労災・通勤災害または交通事故による傷病ですか？	□はい	□いいえ

※送付先の選択が無い場合は、本人住所に郵送いたします。
※発効日は原則として、健保で申請を受付けた月の、月初日となります。
※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出されるか、健保へ直接郵送して下さい。

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。

年　　月　　日　提出

東武流通健康保険組合　理事長　殿

東武流通健康保険組合使用欄

受付日付印

常務理事	事務長	課長	係長	担当