

記入例

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) <b>101</b> —	(番号) <b>23456</b>	事業所名 (会社名)	<b>東武百貨店 池袋店</b>
被保険者 本人	氏名	<b>健保 太郎</b>		生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <b>〇〇</b> 年 <b>△</b> 月 <b>◇</b> 日
	住所	〒 <b>171</b> - <b>00△△</b>	連絡先 (電話) <b>090</b> ( <b>〇〇〇〇</b> ) ××××		
東京都豊島区西池袋〇-〇〇-〇 <b>〇〇〇</b> ハイツ×××					

認定証が 必要な方 (入院・受 診をされる 方)	氏名	<b>健保 花子</b>		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <b>●●</b> 年 <b>▲</b> 月 <b>◆◆</b> 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	被保険者との続柄		<b>長女</b>

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

入院の場合	開始予定日	: 令和 <b>×</b> 年 <b>△</b> 月 <b>◆</b> 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・確認し了承を得てください)		

労災・通勤災害または交通事故による傷病ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。

令和 **×** 年 **△** 月 **◎〇** 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