

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

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			課長
被保険者の氏名と印	⑩			性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
								係長
対象者氏名			続柄	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
								係員
被保険者の住所								
医療機関名					入院 ・ 外来			

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。

平成 年 月 日 提出

	所在地	
事業所	名称	
事業主	氏名	印

受付日付印

1. 発効年月日は、原則**健康保険組合の受付月の1日もしくは資格取得日**となります。
2. **外来用健康保険限度額適用認定証の適用範囲が限られているため、申請の際は医療機関にご確認ください。**
3. 有効期限は、健康保険限度額適用認定証に記載されている**発効年月日から6ヵ月**になります。
4. **怪我で申請するときは、健康保険組合へご連絡ください。**