

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	900	番号	7000	課長			
被保険者の氏名と印	群馬 太郎		性別	男 女	生年月日	昭和 平成	45年 1月 15日	係長	
対象者氏名	群馬 里子	続柄	妻	性別	男 女	生年月日	昭和 平成	50年 12月 24日	係員
被保険者の住所	神奈川県相模原市中央区〇〇〇 1-2-3								
医療機関名	〇〇総合病院			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 26年 10月 1日 提出

事業所所在地	神奈川県相模原市〇〇〇 3-4-5	
事業所名称	株式会社 〇〇〇〇	
事業主氏名	人事課長	〇〇 〇〇
		印

受付日付印

- 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。
- 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。**
- 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。
- 怪我で申請するときは、健康保険組合へご連絡ください。**