

健康保険組合記入欄		常務理事	事務長	担当者	担当者
交付年月日	年 月 日				
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ				
療養の区分	入院 入院外	標準報酬月額			
発効日	年 月 日	整理番号			
有効期限	年 月 日	備考			
回収年月日	年 月 日				

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証 記号	06272728 番号	社員No.	被保険者氏名			健保 太郎	
1	2	1234-5	生年月日	昭和 24年 4月 24日	性別	男・女	
資格取得年月日		昭和 47年 4月 1日	事業所	大阪本社			

上記の記入載事項のうち、社員No.以外は健康保険被保険者証に記載されています

適用対象者が被保険者の場合は、被保険者について記入して下さい

適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和 27年 3月 31日		性別	男 ・ 女	
適用対象者の住所		大阪市西区江戸堀 1-2-3				
療養(入院)を受ける、又は受けている医療機関	名称	〇〇病院		担当者	阪田 大助	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		電話番号	01(2345)6789	
療養(入院)期間の見込み(交付必要期間)		平成 20年 4月 1日		～	平成 20年 4月 30日	
療養の種類		①. 入院療養 2. 入院療養以外の療養であって、厚生労働大臣が定めるもの				
備考						

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。

申請日 平成 20年 3月 25日

住所または社内便宛先

大阪本社〇〇部

電話番号

803-000

氏名

健保 太郎

印

適用対象者が被保険者のため、家族が申請する場合は、自宅を記入してください。

サカタインクス健康保険組合 理事長殿

注意事項

- 鉛筆書き、記入漏れ等、書類不備のものは受付られません
- 申請は高額療養費の現物給付を受ける人ごと、及び保険医療機関ごとに行なってください
- 有効期限内であっても、無効及び再申請が必要となる場合があります
 - 異動や退職により被保険者証の記載事項に変更が生じた場合
 - 算定や月変による標準報酬の改定で適用区分が変更となった場合

