〔上位・一般所得者用〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健 保 組 合 決 裁 | | |
| 常務理事 | 事 務 長 | 担 当 者 |
|  |  |  |

**健康保険限度額適用認定申請書**

　　年　　月　　日　提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者証 | 記号 |  | 番号 | |  | 所属 |  |
| 氏　名 |  | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 適用対象者 | 氏　名 |  | | | 続柄 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 | | | | | | 自宅℡  － － |

適用対象者療養予定期間　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

**＜認定証送付について＞**

＊任意継続の方は、健康保険組合に登録された住所に送付いたします。一般の方は、各事業所経由で送付

いたします。

* 特別な事情のある方（本人入院等で認定証の受け取りが不可能等）は送付先住所を記入してください。

　　　送付先住所：　〒

℡　　　－　　　－

**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**。

健保受付印