

健保組合 記入欄	発効日	R . . .
	有効期限	R . . .
	所得区分	ア・イ・ウ・エ

常務理事	事務長	担当	担当

北越コーポレーション健康保険組合 御中

81

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		申請区分		交付期間(希望期間に○を付けて下さい。)	
		新規・継続		3ヶ月・6ヶ月・1年間	
被保険者	氏名	S H R 年 月 日		事業所	名称
	生年月日	S H R 年 月 日		事業所	所在地
適用対象者	氏名	S H R 年 月 日		被保険者との続柄	
	生年月日	S H R 年 月 日		性別	男・女
適用対象者の住所					
療養予定期間		令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日	
医療機関名称					
傷病名					
発病または負傷の原因					

※病気が治癒し認定証の必要がなくなったとき、または有効期限が経過したときは速やかに健康保険組合にご返却ください。

※交付期間が未記入の場合は3ヶ月で限度額適用認定証を交付致します。

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。

受付日付印