

| | | |
|---------|------|---------|
| 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 | | 12-3456 | | 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 | 北越 太郎 印 | | 事業所 | 名称 | 北越コーポレーション株式会社 |
| | 生年月日 | S H R | 2年 1月 8日 | | 所在地 | 東京都中央区日本橋本石町3-2-2 |
| 適用対象者 | 氏名 | 北越 太郎 | | 被保険者との続柄 | | 本人 |
| | 生年月日 | S H R | 2年 1月 8日 | 性別 | | 男・女 |
| 適用対象者の住所 | | 東京都中央区日本橋本石町1-2-2 | | | | |
| 療養予定期間 | | 令和 01 年 5 月 15 日 | | ～ 令和 01 年 6 月 10 日 | | |
| 医療機関名称 | | 北越紀州病院 | | | | |
| 傷病名 | | 虫垂炎 | | | | |
| 発病または負傷の原因 | | 不明 | | | | |

※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。

| | | | | | | |
|------------------|------|----|----|----|----|----|
| 北越コーポレーション(株)使用欄 | | | | | | |
| 新潟 | 長岡 | 市川 | 勝田 | 紀州 | 大阪 | 本社 |
| 事業所所在地 | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | |
| 電話番号 | TEL: | | | | | |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
| |

| |
|--------|
| 事業所確認印 |
| |

<R1.6月改訂>