

記入例

健康保険限度額適用認定申請書

住友ベークライト健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

被保険者証の記号・番号		記号	番号			
		×	××××			
被保険者氏名	住 べ 太 郎		被保険者の生年月日 昭和 ××年 ××月 ××日 平成			
適用対象者氏名 及び生年月日 (被保険者の場合は 記入の必要はありません)	住 べ 健 子		被保険者との続柄 妻			
	昭和 平成 令和	××年 ××月 ××日	性 別 男 ・ 女			
交付申請内容 (該当するものを○で 囲んでください)	入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 訪問看護					
被保険者または 適用対象者の住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市中区○○×-×-×					
適用期間 (見込でご記入ください)	××年 ××月 ××日 ~ ××年 ××月 ××日					
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。 なお、この健康保険限度額適用認定証が有効期限を迎えた時、被保険者資格を喪失した時などは、 速やかに返納いたします。						
令和 ××年 ××月 ××日						
〒×××-××××						
住所	神奈川県横浜市中区○○×-×-×					
被保険者の 氏名	住 べ 太 郎	印	TEL : ××(×××) ××××			

※市町村民税が非課税の方は、非課税証明書を添付してご提出下さい。

【受付日付印】

* 平成24年4月1日より入院:外来:調剤:訪問看護も適用されます。

健保組合処理欄	区分【 】			
有効期限	自 令和	年	月	日
	至 令和	年	月	日