常務理事	事務長	担当者

小松製作所健康保険組合　御中

記入例

申請・交付順序　被保険者→勤務先総務人事担当部門→健康保険組合→勤務先総務人事担当部門→被保険者
（任意継続被保険者→健康保険組合→任意継続被保険者）

健康保険限度額適用認定申請書

（柔道整復，針灸，あん摩マッサージの施術は対象外）

※ 証の有効期間は申請を受け付けた月の1日から3か月間です。受付月以前に遡った月からの発行は致しません

被保険者記入欄	提出年月日	令和 元 年 5 月 1 日				
	健康保険被保険者証	記号 11	番号1234567			
	被保険者	フリガナ	ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ	事業所名称	コマツ	
		氏名	健保 太郎			
		生年月日	昭和（○）・平成 46 年 3 月 23 日	所属（出向先）	○○工場 TEL0000（0000）0000	
	適用対象者	フリガナ	ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ	被保険者との続柄	妻	
		氏名	健保 花子			
		生年月日	昭和（○）・平成・令和 53 年 12 月 5 日	性別	男・女	
	種別	入院	通院	薬局		
	事由発生年月日	元 年 5 月 5 日	年 月 日	年 月 日		
	医療機関名薬局名	○○総合病院				
	適用対象者の住所	〒 000－0000 ○○郡○○区○―○ TEL0000 （0000）0000				

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明します
	所在地 名　称 氏　名
	事業所担当者　氏　名

受付日付印

※この申請書に記入された個人情報は健康保険業務全般に利用します。

2023