

小松製作所健康保険組合 御中

記入例

常務理事	事務長	担当者

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				
	被保険者等の 記号・番号		記号 11 番号1234567		
	被保険者	フリガナ	ケンボ タロウ	事業所名称	コマツ
		氏 名	健保 太郎		
		生年月日	昭和 46 年 3 月 23 日 平成	所 属 (出向先)	〇〇工場 TEL 0000 (0000) 0000
	適用対象者	フリガナ	ケンボ ハナコ	被保険者との 続柄	妻
		氏 名	健保 花子		
		生年月日	昭和 53 年 12 月 5 日 平成 令和	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	〇〇総合病院				
適用対象者の 住所	〒 000 - 0000 〇〇郡〇〇区〇—〇 TEL 0000 (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健康保険業務全般に利用します。