

常務理事	事務局長	業務課長	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

※注意事項

- ① 適用対象者の被保険者証の写しを添付してください。
- ② 交付を受けましたら速やかに該当医療機関等に提示してください。
- ③ 被保険者が低所得者に該当する場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請となります。詳しくはお問い合わせください。
- ④ 有効期限が過ぎても返却がない場合は、事業所を通じて、返却のお願いをさせていただくことがあります。

被保険者証記号番号		—			
被保険者	氏名				(印)
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
適用対象者	氏名				事業所 所在地
	生年月日	昭和 平成	年	月	
被保険者(適用対象者)の住所・電話番号		〒 —			被保険者との続柄 性別 男・女 (希望する送付先を○で囲んでください) ・ 事業所 ・ 被保険者(適用該当者)住所
					TEL

平成 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。

川口工業健康保険組合 理事長 殿

※健康保険組合使用欄

発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日

〱 受付印 〱