

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 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。
- ② 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。
- ③ 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)			事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成	年	月		日	所在地
適用対象者	氏名				被保険者との続柄		(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
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	
被保険者(適用対象者)の住所・電話番号		〒 —				TEL	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

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

受付印