

| | | | | |
|------|------|-------|------|----|
| 常務理事 | 事務局長 | 事務局次長 | 業務課長 | 係長 |
| | | | | |

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 | 事業所名称 | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 日 |
| | | <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"/>) | | |
| 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 令和 | 年 | |
| 被保険者(適用対象者)の住所・電話番号 | | 〒 | Tel | |

令和 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

受付印

※健康保険組合使用欄

| | |
|-------|----------|
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 |