

常務理事	事務局長	業務課長	係長	係

送付する前の確認事項

記入漏れ・印漏れ・保険証の写しの添付漏れがないか。

保険証の写しは適用対象者のものになっているか。

健康保険限度額適用認定申請書

事業所所在地は、支社、支店でお勤めの方も、本社、本店等の住所をご記入ください。

※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	川工 太郎	事業所 名称 ○○○ 株式会社 所在地 埼玉県川口市○○ ○-○-○ ←
	生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日 平成	
適用対象者	氏名	川工 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日 平成	性別 男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所・電話番号		〒 000 - 0000 埼玉県川口市○○ ○-○-○ ABCマンション○○○号室	
		Tel 048-000-0000	

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

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