

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			
常務理事	事務長	所属長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書										
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		1601 - 115790			被保険者 資格取得日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日			
	事業所名称		山崎製パン株式会社							
	被保険者	氏 名	健康 太郎			生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日			
	認定証交付 対象者	氏 名	被保険者本人			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
		性別	男 ・ 女		続柄		Tel	123-45-6789		
		住所	〒 000-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3							
	認定証送付先(いずれかに○) ①事業所 ②自宅 ③その他(下記に記入してください。)									
	〒 ※③その他の場合、〇〇様方、〇〇病院〇〇病棟〇〇号室 等詳しく記入ください。									
	認定証必要期間		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から ※未記入の場合、健保受付月の1日から							
	※受療目的が外傷の方は、次の設問にご回答ください(該当するものに○)。									
第三者による負傷ですか？			業務上による負傷ですか？			通勤途上の負傷ですか？				
・ はい 〇 いいえ			・ はい 〇 いいえ			・ はい 〇 いいえ				
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。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 氏名 健康 太郎										

健 保 記 入 欄	交 付 年 月 日		令 和 年 月 日			受付年月日
	発 効 年 月 日		令 和 年 月 日			
	有 効 期 限		令 和 年 月 日			
	事業所 コード		標準報酬月額	千円	適用区分	