

組合記入欄	交付日	令和	年	月	日	
	発効年月日	令和	年	月	日	
	有効期限	令和	年	月	日	
	適用区分	高・現役並み	53万～79万円・Ⅱ	28万～50万円・Ⅰ		
		70歳未満	83万円以上・ア	53万～79万円・イ		
	28万～50万円・ウ		26万円以下・エ			
直近標準報酬月額	令和	年	月	千円		

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	×××	番号	○○○	事業所名	○○○○株式会社			
被保険者	氏名	日 揮 太 郎		性別	昭和	40年	8月	7日	
				男・女	平成				
適用対象者	氏名	日 揮 太 郎		性別	昭和	40年	8月	7日	
				男・女	平成				
	住所	〒○○○-×××× 横浜市港南区日野○-○-○ 電話番号 (045) ○○○-××××						被保険者との続柄 本人	
申請時の状況 (該当する□に✓をつける)	<input type="checkbox"/>	入院している			入院日	令和	1年	10月	20日
	<input checked="" type="checkbox"/>	入院の予定がある			退院日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	通院加療中			開始日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	有効期限が切れる			期限	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	その他			詳細				

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和 1 年 10 月 1 日

住所 横浜市港南区日野○-○-○
被保険者 氏名 日 揮 太 郎 

