

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

様式第340号

平成 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	記号・番号	—			
	氏名	⑩			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	事業所名称				
適用対象者	氏名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	続柄		性別	男・女	
	療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	療養の種類	病気()・けが・その他() ※入院の理由が「けが」の場合「負傷届」が必要になります。			
	入院外来の別	入院 ・ 外来			
	医療機関又は薬局の名称	☎ ()			
被保険者の住所	(郵便番号)	〒			
	住所				
	電話番号	☎ ()			
上記住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先住所等	(郵便番号)	〒			
	住所				
	電話番号	☎ ()			
	氏名				
	被保険者との関係	事業所担当者 ・ 親族() ・ その他()			

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。

組合使用欄	標準報酬月額	千円 ア・イ・ウ・エ	
	資格取得日	昭・平 年 月 日	
	申請回数	初回・2回目・3回目・継続中	
	有効期限	平成 年 月 日から 3・()ヵ月	
	送付年月日	送付	

受付年月日