

年 月 日

ダイフク健康保険組合 御中

## 健康保険限度額適用認定申請

被保険者	氏名		被保険者証 記号 - 番号	—
	生年月日	年 月 日	事業所名称	
適用対象者	氏名		被保険者との 続柄	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者の住所	〒 —			
療養の期間・月単位 (入院期間など)	年 月 日 ~ 年 月 日			
希望送付先 (希望がある時のみ)	〒 —			

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。

<b>本人確認欄</b> (ご本人確認のため☑チェック願います。)
<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

常務理事	事務長	担当者

※証書のお届けは申請から1週間ほど時間を要します。原則、被保険者の職場へ発送します。希望する送付先があれば住所を記入してください。

※勤務中、通勤途中、相手のいる事故(第三者行為)に関係する場合、別途健保へ連絡ください。

※当年度に被保険者の市町村民税が非課税の場合は「市町村民税非課税証明書(原本)」を必ず添付ください。申請時期が4月~7月は前年度分証明書を提出ください。