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		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　　～　　年　　月			
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。

本人確認欄（ご本人確認のため☑チェック願います。）
☐ 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。