

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	健保 太郎		記号 - 番号	11 - 234567
	生年月日	XX 年 XX 月 XX 日		事業所名称	株式会社ダイフク
適用対象者	氏 名	健保 愛子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	XX 年 XX 月 XX 日		性 別	男 ・ 女
被保険者の住所		〒 111 - 1111 〇〇県〇〇市△△町 1 - 2 - 3			
療養の期間・月単位 (入院期間など)		XX 年 XX 月 ~ XX 年 XX 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。)
<input checked="" 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、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。