

ケガ以外の場合

常務理事	事務長		係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号		記号 番号		← 保険証をご確認下さい。		
被 保 険 者	氏 名	中村 太郎 印		事 業 所	名 称	
	生年月日	昭和48年 6月 20日			所 属 名	
	住 所	〒 ー				
適 用 対 象 者	氏 名	中村 花子		被保険者との続柄		
	生年月日	昭和50年 9月 19日		性 別		
	入院・通院期間 (最長半年間)	入院	年 月 日 ～ 年 月 日			
		通院	年 月 日 ～ 年 月 日			
	外傷性(ケガ)による入院・通院	はい ・ いいえ		交通事故など (第三者行為)による入院・通院		
	外傷(ケガ)の場合は 負傷した原因を簡単に 記入して下さい。					
『認定証』の送付先 ※希望送付先に○を付けて下さい。		1. 職場 2. 上記自宅 3. その他 〒 ー				

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

年 月 日 提出

中村屋健康保険組合 殿

受付日付印