

常務理事	事務長	担当

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	(記号) (番号) 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇	申請日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
被保険者 氏名	健保 太郎 	被保険証 記載の 事業所名称	〇〇〇〇〇〇株式会社	
被保険者 生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	電話番号 (日中の連絡先)	勤務先 携帯 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 自宅	
交付対象者	ふりがな	けんほ よしこ	性別	男 ・ 女
	氏名	健保 良子		
※被保険者の場合は氏名欄に本人と記入。他の欄は記入不要。	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄	妻
認定証 送付先	※勤務先の場合			
	会社名	〇〇〇〇〇〇株式会社	部署名	〇〇〇部〇〇課
	※自宅などの場合 (〒 - )			
認定証 必要期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ※有効期間は最長3カ月としています。必要な方は再度申請してください。			

※被保険者本人以外の方が申請する場合にご記入ください

申請代行者	氏名		被保険者 との関係
	連絡先		
申請代行 の理由	1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ( )		

昭和シェル健康保険組合

受付日付印