

常務理事	事務長	部長	次長	補佐	係長	主任	担当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号・番号	—						
被保険者 (本人自筆の場合は、 押印省略可)	氏名	昭和 年 月 日			事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成	年	月		日	所在地
認定証交付対象者 (被保険者本人が対象者 の場合は、省略可)	氏名				被保険者 との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
被保険者(認定証交付対象者) の現住所と、日中ご連絡可能な 電話番号	〒 — 電話 ()						
認定証が必要な期間 (入院予定期間などをご記入ください)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						

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。 令和 年 月 日提出

(注意事項)

- 有効期限は、原則として最初に迎える8月31日(任意継続被保険者は3月31日)までとなります。
- 被保険者本人の住民税が非課税の場合は、申請書が異なりますのでご注意ください。
- 認定証は、療養を受ける際に被保険者証とともに医療機関へご提示ください。

受付日付印

(月額 千円)

東京トラック事業健康保険組合