日本製鋼所健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

年　　月　　日

被保険者等 記号・番号		記号		番号		
被保険者	氏名			事業所名称		
	生年月日	S・H・R	年　月　日			
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	S・H・R	年　月　日	性別	男　・　女	
	外来・入院(予定)日	令和　　年　　月　　日				
被保険者（適用対象者）の住所		〒				

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。

付　年　月
受　　日

※限度額認定証は、申請日の当月1日以降でのみ発行可能です。月を遡って発行することはできません。
※本書に記載されている情報は、この請求のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
　また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れないようご注意ください。