

日本製鋼所健康保険組合 御中

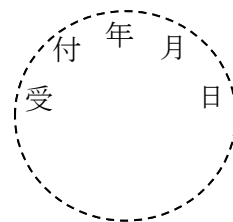
常務理事	事務長	担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

年 月

保険証 記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名			被保険者本人について ご記入ください。	
	生年月日	S・H・R	年 月 日	事業所名称	
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		診療を受けられる方について ご記入ください。			

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。



※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。