

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	④被保険者の 記号・番号	—	⑤事業所の名称 (派遣元の会社名 を記入)		
	③被保険者	氏 名	⑥		電話番号
		生年月日	昭和 年 月 日 平成		
	①適用対象者	氏 名			被保険者 との続柄
		生年月日	昭和 年 月 日 平成		性 別
	⑦被保険者(適用対象者) の住所		〒 -		
	⑧入院及び 入院予定年月日		平成 年 月 日		

### 注意事項

- ◎認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。  
(申請のあった月に資格取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります)
- ◎被保険者が住民税非課税の場合は非課税証明書を添付の上、別紙「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」にて申請してください。
- ◎外傷の場合は別紙「負傷原因届」、第三者行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。

### 提出先

- ◎在籍中の方はく派遣会社の社会保険担当部署へご提出ください。  
(任意継続被保険者の方は、直接健保組合給付グループへご請求ください)

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。

平成 年 月 日提出

健 保 使 用 欄	健保記入欄 送付先	確認印
	事業所( )・自宅	

┌───────────┐  
受付日付印