

人材派遣健康保険組合 御中

### 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	㉔被保険者の 記号・番号	7000-11111		㉕事業所の名称 (派遣元の会社名 を記入)	けんぽスタッフ(株)		
	㉖被保険者	氏名	派遣花子 (派遣)		電話番号	03 - 3456 - 7890	
		生年月日	昭和 平成 50年 4月 10日				
	㉗適用対象者	氏名	派遣花子		被保険者 との続柄	本人	
		生年月日	昭和 平成 50年 4月 10日		性別	男・女	
	㉘被保険者(適用対象者) の住所	〒 145 - 0071 東京都大田区田園調布6-1-5					
㉙入院及び 入院予定年月日	平成 19年 9月 15日						

**注意事項**

- ㉚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)
- ㉛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。
- ㉜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**

- ㉝在籍中の方は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