

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険証の 記号・番号	記号	番号
事業所	名称	
	所在地	
被保険者氏名	氏名(カナ)	
	氏名(漢字)	
生年月日及び性別	昭和 平成 年 月 日 男・女	
適用対象者氏名	氏名(カナ)	被保険者との続柄 本人・家族 (該当に○を付けて下さい。)
	氏名(漢字)	
生年月日及び性別	適用対象者が被保険者本人の場合適用対象者氏名へ「 被保険者 」と記入し、性別・生年月日は省略してください。 昭和 平成 年 月 日 男・女	
被保険者の住所 (適用対象者)	〒 ー 住所	
療養予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月 (発効年月日は、原則、申請書受付日の属する月の1日からです)	
<p>上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>ウラベ健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">自著の場合は押印を省略できます</p>		

(注意事項)

- ・認定証の有効期限は発効月から最長1年以内です。
- ・使用することになった原因が外傷(ケガ)の場合は、「負傷原因届」を併せてご提出ください。

標準報酬月額	千円
該当の適用区分	
適用区分	標準報酬月額
区ア	83万円以上
区イ	53~79万円
区ウ	28~50万円
区分エ	26万円以下

常務理事	事務長	係員

受付日印