

# 記入例

## 健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	専務員	係
<b>健保使用</b>		

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">                 日 号      番 号             </div>	提出 年月日	20××年××月××日	
	氏 名	北洋 太郎			
	生年月日	昭・平      ××年 ××月 ××日	性別	男・	
	住 所	郵便番号：○○○ — ○○○○    電話番号：○○○-○○○-○○○ ○○市○○○町○○番○○号 ○○○マンション○○○号室			
	所属事業所	北洋ビジネスサービス(株)	所属部署名	諸届センター	

保険者証の記号・番号

行内メールが届くように!!  
 ・HBSは○○課、○○センターまで記入  
 ・関連会社は○○支社・支店、○○待機所まで

認定者が被保険者と同一の場合は不要

認 定 対 象 者	(被保険者として加入の必要はありません)	北洋 花子	被保険者との続柄	長女
	生年月日	昭・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">平</span> ・令      ××年 ××月 ××日	性別	男・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>
	※療養(予定)日	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院    ××年 ××月 ××日 ~		記載が無い場合、原則受付した月の1日からとなります。

認定証の使用開始日を記入  
 継続更新の場合は旧認定証の有効期限翌日を記入

希 望 送 付 先	上記被保険者の所属部署以外のところに送	住所
	住所	郵便番号：      —

勤務先以外へ送付を希望する場合のみ記入  
 ※入院中・休職中・外部出向の方 など

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。

受付日

No.

## 健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	係

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	記 号	番 号	提 出 年月日	令和 年 月 日		
	氏 名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性 別	男・女
	住 所	郵便番号： —		電話番号： — —			
	所属事業所				所属部署名		

認 定 対 象 者	氏 名 <small>(被保険者の場合は記入 の必要はありません)</small>		被保険者 との続柄				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性 別	男・女
	※療養(予定)日	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院	年	月	日 ~	記載が無い場合、原則受付 した月の1日からとなります。

希 望 送 付 先	上記被保険者の所属部署以外のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住 所	郵便番号： —		電話番号： — —			
	宛 名						

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。

○  
受付日