

決 議			

健康保険限度額適用認定申請書

年 月 日提出

日油健康保険組合理事長 殿

下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。

被保険者証の 記号と番号		記号 番号 -	
被保険者	氏 名	印	事業所名称
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	
適用対象者	氏 名	続柄	性別 男・女
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	
被保険者(適用対象者)の住所		〒 -	
申請の理由		病気 怪我 (原因:)	
入院期間の予定		なし ・ 未定 ・ 年 月頃まで	
希望する有効期限 (ただし原則9/1より切替)		年 月 末	

※任意継続被保険者、後期高齢者医療制度への異動等が予定されている方の場合、有効期限は最大で資格喪失予定日の前日までとなりますのでご注意ください。

※健康保険組合から証明書の交付を受けても医療機関に提示することが出来なかった場合、事業所担当者等を通じて健康保険組合までお知らせ願います。
(領収書コピーの提出をお願いすることがあります)

