

決 議			

健康保険限度額適用認定申請書

平成 24年 4月 1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 101	番号 - 9999		
被保険者	氏 名	日油 太郎		事業所名称	日油株式会社
	生年月日	昭和 平成	58年 5月 15日		
適用対象者	氏 名	日油 花子		続柄	妻
	生年月日	昭和 平成	58年 12月 1日	性別	男・女
被保険者(適用対象者)の住所		〒111 - ×××× 東京都千代田区〇—〇—〇			
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)		H 24年 7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)

