

# 健康保険限度額適用認定申請書

|                    |                                     |                |      |             |
|--------------------|-------------------------------------|----------------|------|-------------|
| 被保険者証記号番号          | 【記号】<br>—                           | 【番号】           | 電話番号 | トール:<br>他 : |
| 所 属                |                                     |                |      |             |
| 適用対象者              | 氏 名                                 |                | 続 柄  |             |
|                    | 生年月日                                | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 性 別  | 男 ・ 女       |
| 適用対象者の住所           | 〒 —                                 |                |      |             |
| 入 院                | 入院日(入院予定日)                          | 令和 年 月 日       |      |             |
|                    | 長期入院(3ヶ月以上入院予定の方は該当に○)              | 該当 ・ 非該当       |      |             |
| 通 院                | 通院開始日(通院開始予定日)                      | 令和 年 月 日       |      |             |
|                    | 長期通院(3ヶ月以上通院予定の方は該当に○)              | 該当 ・ 非該当       |      |             |
| 限度額適用認定証の<br>送 付 先 | 所属 ・ 適用対象者の住所 ・ その他(送付先を下記にご記入ください) |                |      |             |
|                    | (その他送付先)<br>〒 —                     |                |      |             |

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。

|        |      |             |
|--------|------|-------------|
|        | 申請日  | 令和 年 月 日    |
| 被保険者氏名 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |

**※被保険者以外の方が申請する場合は以下もご記入ください。**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 申請代行者氏名  | 電話番号   |  |
| 被保険者との関係 |  |  |
| 申請代行の理由  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被保険者が入院中で手続き出来ないため</li> <li>・ その他( )</li> </ul> |  |

北海道電力健康保険組合理事長 殿