

70歳未満用

(非課税者除く)

常務理事

事務長

課長

係

## 健康保険 限度額適用認定

申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者証 記号一番号	123-456	被保険者氏名 及び生年月日	倉庫 太郎 昭和 平成 48年1月1日	倉庫
事業所	名称	倉庫業 株式会社		
	所在地	江東区富岡 3-3-3		
適用対象者 (療養を受ける方)	氏名	倉庫 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	昭和 平成 48年1月1日	性別	男・女
①被保険者の住所	〒100-0010 東京都江東区富岡1-1-1			
②限度額証の使用開始日	平成 29年1月10日から使用予定(入院・外来)			
《送付先選択欄》※いずれか一つを選択して下さい。				
<input checked="" type="checkbox"/> 事業所(本社)の担当者宛に送付希望 事業所経由とする同意が必要となりますので、下記に署名・捺印してください。 被保険者氏名 倉庫 太郎 倉庫				
<input type="checkbox"/> 自宅へ送付希望(①の住所に送付致します) 平日(9時~17時)に連絡の取れる電話番号( )				
<input type="checkbox"/> その他を希望 その他を希望する理由 住所 〒 宛名				

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印

&lt;健保組合記入欄&gt;

適用区分	有効期限	平成 年 月 日
------	------	----------

倉庫業健康保険組合