

# 健康保険限度額適用認定申請書

※マイナ保険証で受診されている場合は申請不要です

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		記号 1011	番号	所属	
	被保険者	氏名			事業所 名称	セントラルスポーツ株式会社
		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入 の必要がありません。)	氏名			被保険者との続柄	
		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者(認定証交付対象者)の住所			〒 - TEL		
	健康保険限度額適用認定申請書の送付先 (所属先・自宅・その他) ○で囲むその他以外は記入不要			〒 -		
	交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください。)			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	外来及び入院 開始年月日(予定日でも可)			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	傷病名					

※	申請代行者	氏名	印	被保険者との続柄
	申請代行者の住所		〒 -	
	申請代行者のご連絡先			
	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他( )		

※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。  
※ 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入ください。

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。 令和 年 月 日提出

## 【健保組合処理欄】

決 裁			
決 裁 日	令和	年	月 日
常務理事	事務長		担当者

所得区分	記号
標準報酬月額83万円以上	ア
標準報酬月額53万円~79万円	イ
標準報酬月額28万円~50万円	ウ
標準報酬月額26万円以下	エ
低所得者	オ

処 理 結 果	
発 効 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 末
適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ・オ

