

| | | | |
|-----------|-----|---|---|
| 組 合 決 裁 欄 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
| | | | |

大太平洋金属健康保険組合理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

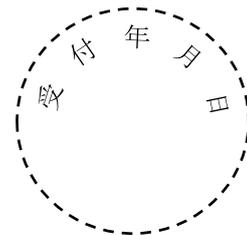
健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | | |
|---|-----------------|---------------|---|-----|-------------|
| 被保険者証記号番号 | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | 印 | | 事業所 | 名称 |
| | 生年月日 (和暦で記入) | 年 | 月 | 日 | 所在地 |
| 認定対象者 | 氏名 | 被保険者との続柄 | | | |
| | 生年月日 (和暦で記入) | 年 | 月 | 日 | 性別 男 ・ 女 |
| 認定対象者の住所 | | 〒 - | | | |
| 交付必要期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| <small>(主治医とご相談の上、入院予定期間などをご記入下さい。)</small> | | | | | |

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。

(注意事項)

※ 被保険者証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、「被保険者証記号番号」欄へ記載してください。(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等が必要です。)



(TK201701)