

記入例

常務理事	事務長	担当

健康保険 限度額適用認定申請書

◎留意事項をご確認の上、太枠内を記入して下さい。

被保険者証の記号・番号	記号	番号
	10	12345
被保険者	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 <b>押印</b> (印) 健保
	住所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号
	電話番号	111 ( 222 ) 3333
	勤務先	(会社名・部署名) 株式会社××× ××部 ××課 TEL 444 ( 5555 ) 6666
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	フリガナ <b>認定交付対象者が被扶養者の場合はご記入ください。</b>
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 性別 男・女
認定証送付先 (被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません)	氏名	
	住所	〒 <b>被保険者住所以外の場所に送付希望の場合はご記入ください。</b>
	電話番号	( )
入院の予定はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
認定証必要期間(見込み) (入院予定のある方は、入院予定期間を分かる範囲内でご記入下さい)	平成24年 5月 1日 ~ 平成24年 5月 10日	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の申請をします。

エイチ・アイ・エス健康保険組合

受付日付印

【申請の流れ】 被保険者(本人が入院中の場合に限り代行可) → 健保組合

**\* 申請書の送付先及び問合せ先 \***  
 エイチ・アイ・エス健康保険組合  
 〒160-0023  
 東京都新宿区西新宿6-2-18  
 SKビル9階  
 TEL03-6872-5511 FAX03-6872-5512

▼ 健保処理欄	発送日	本人 ・ 家族	適用区分	ア・イ・ウ・エ
---------	-----	---------	------	---------