受　付　印

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定申請書

下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：　　年　　月　　日

被保険者情報	保険証の 記号		事業所名	
	保険証の 番号		所属部署	
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日	電話	―　　―
	住所	〒		

※被保険者が認定対象者の場合は「療養予定期間」のみ記入してください

認定対象者	氏名	（被保険者との続柄：　　）	生年月日	年　　月　　日
	療養予定期間	年　　月　　日　～		

送付先	1. 被保険者本人へ社内便		2. 申請代行者の所属部署へ社内便
	3. 上記被保険者住所へ郵送		
	4. その他	住所	〒
		宛名	

※被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください(所属部署の職員が代行するなど)

申請代行者	氏名・印		被保険者との関係	
	連絡先	―　　―	申請代行の理由	1. 被保険者本人が療養中で外出できないため 2. その他（　　）

【返却について】

以下に該当する場合は、速やかにご返却ください

・傷病が治癒し不要になったとき
・有効期限に達したとき
・当健康保険組合の資格を喪失したとき
・認定対象者が70歳になったとき
・異動等により被保険者の記号番号が変わったとき
・標準報酬月額の変更により法定自己負担限度額が変わったとき

《提出先》
社内便または郵送にて提出してください

〒812-8707
福岡県福岡市博多区千代1-17-1
西部瓦斯健康保険組合