

伺いの日	平成	年	月	日
認定日	平成	年	月	日
受付番号	第			号

常務理事 局長	事務所長 部長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
適用対象者 (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	入院
	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		〒 - ( )			
送付先	ご希望の送付先に印をつけてください。 事業所・自宅・その他			送付先	〒 - ( )
ご注意ください	この申請書を受付した日の属する月の1日(受付した日の属する月に資格取得および扶養認定されたときはその日)から有効となる「限度額適用認定証」が交付されます。 予め入院予定日がわかっている場合は、余裕をもってご提出ください。				

申請代行者	氏名		被保険者との関係	1.配偶者 2.その他( )
	住所	〒 - ( )		
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( )			

申請代行は、被保険者が当該申請書の作成(申請)ができない場合に限りです。

### 【健康保険組合記入欄】

標準報酬月額	千円	適用区分	A・B
--------	----	------	-----

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。

平成 年 月 日提出

全国印刷工業健康保険組合 殿

受 付 日 付

限度額適用認定証の適用対象者は、入院予定または入院中の方に限ります。  
被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。  
送付先に をしてください。なお、送付先がご自宅・事業所以外の場合は送付先名・住所をご記入ください。  
用紙に不足が生じる場合は、大変恐縮ですがコピーをしていただき、ご使用願います。  
また、当組合のホームページよりダウンロードしていただくこともできます。  
<http://www.insatukenpo.or.jp>