記入例

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）101 ― （番号）23456	事業所名（会社名）	東武百貨店　池袋店
被保険者本人	氏名	東　太郎	生年月日	☑昭和　☐平成 〇〇年　△ 月　◇ 日
	住所	〒 171 － 00△△ 東京都豊島区西池袋〇―〇〇―〇　〇〇〇ハイツ××× 連絡先（電話）090（〇〇〇〇）×××× 送付先を「その他」で選択した場合だけ送付先を記入		

認定証が必要な方（入院・受診をされる方）	氏名	東　花子	生年月日	☐昭和　☑平成　☐令和 ●● 年　▲ 月　◆◆ 日
	性別	☐男　☑女	被保険者との続柄	長女

送付先を選択	☑本人住所　☐会社の人事担当　☐健保で手渡し　☐その他			
（同居していない家族が受け取る場合など）送付先を「その他」で選択した場合だけ送付先を記入	住所	〒　－ 送付先を「その他」で選択した場合だけ送付先を記入	連絡先（電話）	（　　）
	宛名			

入院の場合	開始予定日　：　令和　×　年　△　月　◆　日　～
※前月に遡って作成を希望の場合＝　　月から必要（精算に間に合うか医療機関に確認して了承を得て下さい）	

(例)8月から必要だが、(申請が遅れ)9月に入ってから申請した場合などに記入

労災・通勤災害または交通事故による傷病ですか？	☐はい　☑いいえ

※被保険者本人以外の方が記入した場合のみ、右の欄を記入してください	記入者名　：　被保険者本人が申請できず、代理の方が 続柄　関係　：　申請した場合だけ記入

※送付先の選択が無い場合は、本人住所に郵送いたします。
※発効日は原則として、健保で申請を受付けた月の、月初日となります。
※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出されるか、健保へ直接郵送して下さい。

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　◎〇　日　提出

東武流通健康保険組合　理事長　殿

東武流通健康保険組合使用欄

受付日付印

常務理事	事務長	課長･係長	主任	担当