

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者	所得区分
						標準報酬月額
						千円

### 健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証の 記号一番号		—					
事業所	名称						
	所在地						
被保険者	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別 男・女	
	住所	〒 - TEL ( )					
適用対象者	氏名						
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	被保険者との 続柄				性別	男・女	
	住所	〒 - TEL ( )					
	入院・外来区分	入院・外来	傷病名				
	申請理由	病気・ケガ	入院年月日 (予定)	令和	年	月	日
			令和	年	月	日	まで

令和 年 月 日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請をします。

#### 注意事項

- 当組合での受付月の初日から有効の認定証交付となります。
- 申請の際には適用対象者の被保険者証(保険証)のコピーを添付して下さい。
- ケガの場合は負傷原因届を添付して下さい。

受付年月日

全国外食産業ジェフ健康保険組合