新　規　発　行

健保使用欄	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

申請日　令和　●　年　●月　●日　　下記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被保険者情報	被保険者等記号・番号	9999-9999 記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入	生年月日	(昭和)・平成　45 年 1 月 1 日
	被保険者氏名	健保　太郎		
	住　所	〒110-0015 東京都台東区東上野 1-27-2		
	電話番号（日中の連絡先）	☎ 03（3833）3271		
適用対象者	氏　名（本人の場合は省略可）	健保　花子	続　柄	妻
	生年月日	(昭和)・平成・令和　46 年 12 月 1 日		
	療養(入院)開始予定月	令和 ● 年 ● 月　から	※1 有効期限は、原則最初に迎える 8 月 31 日までとなります。 ※2 開始予定月の記載がない場合は、受理した月の 1 日から適用となります。 ※3 出産など入院予定日が早まる可能性がある場合は、申請時現在の月をご記入ください。	

※上記の被保険者住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。

送付希望先	住　所	〒351-0111 埼玉県和光市下新倉 6-7-28
	電話番号（日中の連絡先）	☎ 048（461）7605　（田中 様方）
	送付先宛名	健保　花子

1. 申請書は原則ご郵送のみの受付となります。
2. 認定証の送付については、原則申請書を受理した日の翌々（2 日後）営業日に発送いたします。
3. 被保険者が住民税非課税の方は、申請書が異なりますのでご注意ください。

受付年月日

申請書郵送先
〒100-0014　東京都千代田区永田町 2-17-2
東京薬業健康保険組合　審査課医療係　宛
☎ 03-3581-1676

東京薬業健康保険組合