

更 新

	課長	係長	係
健保使用欄			

この申請書は、現在、限度額適用認定証をお持ちの方で、有効期限切れにより更新を希望される方の申請書です。
限度額適用認定証をお持ちでない方は、「新規発行用」の申請書にてご申請ください。

健康保険限度額適用認定申請書

申請日 令和 3 年 8 月 1 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	保 険 証 記号・番号	9999 — 999	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 3 年 9 月			

※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		

- 申請書は原則郵送のみの受付となります。
- 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。ただし、7 月から 8 月中旬までに申請書を受理した場合は 8 月 26 日（木）に一斉発送を予定しております。
- 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