

伺年月日	平成	年	月	日
決裁年月日	平成	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用認定申請書

兼 食事療養標準負担額減額申請書(被保険者が非課税の場合のみ)

①	被保険者証 記号・番号	記号 — 番号	④ 事業所名(または勤務していた事業所名)				
②	被保険者氏名	⑤	名称				
③	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	所在地	
⑤	被保険者の 住所	〒 TEL ()					
⑥	対象者氏名	男女		続柄:()			
⑦	対象者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日		
⑧	入院期間 (見込み)	平成	年	月	日	～ ()	日間・ヶ月間)
⑨	⑤以外に送付を 希望する場合	住所	〒 TEL ()				
		宛名					
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							
申請者 住所							
氏名							
電話 ()							

<注意> ※ 認定証は入院療養などを受ける際、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
※ 被保険者の所得の変動等に伴い適用区分が変更となった場合は、再度の申請が必要となります。
※ 被保険者の当年度市区町村民税が非課税の場合は、市区町村税非課税証明書(原本)を添付のうえ、申請してください。

受付日付印

H28.1

全日本理美容健康保険組合

03(6661)6106