理事長	常務理事	事務長	係員

健康保険限度額適用認定申請書

				申請日　令和　元　年１０　月　１　日
被保険者証の記号と番号	記号	○○	被保険者の氏名と生年月日	(ﾌﾘｶﾞﾅ　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ) 健保　太郎　健保㊞ 昭和・平成　３　年　２　月　１０日生
	番号	○○○○		
事業所の名称	㈱リーガル○○ 営業所・店			
事業所の所在地	〒　279　-　0013　TEL（　047　）304　-　×××× 千葉県浦安市日の出△－△－△			
適用対象者の氏名と生年月日	(ﾌﾘｶﾞﾅ　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ) 健保　太郎 昭・平・令　３　年　２　月　１０日生		被保険者との続柄	本人
			性別	男　・　女
被保険者（適用対象者）の住所	〒　279　-　0013 千葉県浦安市日の出○－○－○			

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。

この申請は、７０歳未満の被保険者および被扶養者が、病院や調剤薬局、指定訪問看護での支払いを自己負担限度額までにするものです。
認定証が交付されたら、病院等に当該認定証を被保険者証に添えて提示してください。
認定証の有効期限は、１年間（交付月の翌年末日まで）です。期限を越えて使用する場合は、再度申請を行ってください。
認定証を使用する必要がなくなった場合は、破棄をせず健康保険組合に返納してください。

組合使用欄

交付年月日	令和	年	月	日	発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日	適用区分	ア　・　イ　・　ウ　・　エ			

リーガル健康保険組合