

武田薬品健康保険組合 御中
 (代表電話06-6301-6191)
 (FAX番号06-6302-3347)

常務理事	事務長	課長・L	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

太枠内をご記入ください。

保険者番号		06270680		事業所	会社名	
被保険者証記号番号		—			所属部署	
被保険者	氏名	印				
	生年月日	年	月	日	昼間連絡可能な電話番号	
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者住所		〒				
(入院される場合は、ご記入ください。) 入院予定年月日		平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日
有効期限		6ヶ月				
限度額認定証送付先(原則職場受取) 本人入院等で職場で受取できない方のみ 右に送付先住所(自宅・留守宅等)を記入。			〒			

<注意事項>

- * 外来利用・入院利用ともこの申請書で申請してください。限度額適用認定証は共通です。
- * 申請書は、押印後、社内便もしくは郵送にて健保組合へ送付してください。お急ぎの場合は、健保組合まで電話をください。
- * 受付日の月の初日から適用となります。原則的に受付日の翌日に証を交付し返送します。
- * 武田薬品工業(株)在籍の方は所属部署宛送付(社内メール)。**返信用社内メール封筒にご自身の部署・名前を記入。**
- * 上記以外(武田薬品以外)の会社に在籍の方・・・事業所保険委員宛送付(社内メールもしくは郵送)いたします。
- * 任意継続の方・・・ご自宅宛に配達証明付郵便にて送付いたします。
- * **退院等でご不要になった場合は、有効期限にかかわらず、速やかに返却してください。**
- * **医療費について公費受給できる方は、手続きをとり、必ず健保組合までご連絡ください。**

健保記入欄

資格取得	年	月	日
有効期間	平成	年	月 日 ～ 平成 年 月 日
区分	ア(83万以上)・イ(53万以上83万未満)・ウ(28万以上53万未満)・エ(28万未満)		
	オ(住民税非課税者) ※「非課税証明書」を提出してもらい事前に登録が必要		
月額	千円		
送付年月日	平成	年	月 日

