

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・I	担当者
記入不要			

記入例

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	〇〇薬品工業株式会社
被保険者証記号番号	1 2 3 — 4 5 6			所属部署	△△部〇〇課
被保険者	氏名	健保 太郎	健印		
	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日	昼間連絡可能な電話番号	勤務先	999(9999)9999
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ 女	
被保険者住所	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1				
(入院される場合は、ご記入ください。)	外来で利用される場合は、下記の欄はご記入不要です。				
入院予定年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日～平成 〇〇年 〇月 〇日				
有効期限	6ヶ月 例) 12月交付の証は翌5月末が有効期限になります。				
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。	〒 緊急以外は職場への送付				

<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・・・所属部署宛送付(社内メール)。**返信用社内メール封筒をつけてください。**
- * 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	記入不要
有効期間	
区分	
月額	
送付年月日	

