

常務理事	事務長	担当	担当

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証 の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	認定証の 希望送付先 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 所属事業所 <input type="checkbox"/> その他の送付先			
	被保険者 氏名	フリガナ						⑩	所属事業所			
	所属 事業所 所在地	〒			〒			その他の 送付先				
	被保険者 住所	〒			〒			電話 ( )				
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ		被保険者との続柄			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	適用対象者 住所	〒			〒			電話 ( )				
外来・入院 期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日											
傷病原因	1. 骨折やケガなど外傷性によるもの 2. 1以外によるもの											

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。

\*被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名		⑩	被保険者 との続柄	
	連絡先電話番号	TEL ( )			
申請代行の理由					

注) \*住民税非課税の方は、別紙「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書」で申請願います。  
 \*被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。  
 また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。  
 \*「健康保険限度額適用認定証」のご使用が終了したら必ずご返却ください。

<b>【申請書提出先】</b>	GE健康保険組合 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト3F TEL:03-5357-7326				
-----------------	---	--	--	--	--

令和 年 月 日提出

受付日付印

健 保 記 入 欄	標準報酬月額		千円
	適用区分	ア イ ウ エ	
	発効年月日	令和 年 月 日	
	有効期限	令和 年 月 日	