

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 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成 3年7月31日	認定証の希望送付先(該当箇所に☑)	<input checked="" 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 ケンボ タロウ 健保 太郎			所属事業所	GEジャパン株式会社
	所属事業所所在地	〒107-6115 東京都港区赤坂5-2-20 赤坂パークビル	その他の送付先			
	被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇				
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者との続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和 050831
	適用対象者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇				
外来・入院 期間	令和 1年5月10日～令和 1年5月21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		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。

【申請書提出先】
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 TEL:03-5357-7326

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	

令和 年 月 日提出

受付日付印