常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

年　　月　　日提出

被保険者	被保険者証	記号		事業所名称	
		番号		所属	
	氏　名	㊞		生年月日	年　　月　　日
適用対象者	氏　名			生年月日	年　　月　　日
	被保険者との続柄			性別	男　・　女
	住所	〒　　－ 電話　　（　　）			
	療養期間	年　　月　　日～　（　　日間・　　ヶ月間）			
備考					

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。

受付日の印

【留意事項】

1. 「限度額適用認定証」の発効年月日は申請日が到着した月の1日より有効となります。
2. 有効期限前であっても、標準報酬月額の改定がある場合は、適用区分が見直しされます。
3. 有効期限後も「限度額適用認定証」が必要な場合は、再度申請をおこなってください。
4. 退院後及び有効期限満了後はすみやかに健保組合までご返却ください。
5. 70～74歳の方は窓口負担の支払上限額が別途定められていますので、「限度額適用認定証」の申請は必要ありません。

健　康　保　険　組　合　記　入　欄			
認定証交付日		認定証回収日	

日産化学健康保険組合

29.12