

健康 記入欄	発行日	平成 年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ
	有効期限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

課長	係長	係

記入例

健康保険限度額適用認定申請書(任意継続用)

※必要事項を全て記入（および捺印）して下さい。
訂正箇所については、訂正箇所を付してご提出ください。
当組合・給付係までご連絡下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	9000-15000		被保険者氏名・印	健保 次郎	
	標準報酬月額	340 千円		被保険者生年月日	昭和・平成 29 年 6 月 26 日	
	事業所	名称	任意継続者			
		所在地				
		電話番号				
	適用対象者	氏名	健保 花美	被保険者との続柄	妻	
		生年月日	昭和・平成 30 年 4 月 16 日	性別	男・女	
	被保険者の	住所	〒 330-0046 浦和区大原5-7-9			
		電話番号	04-2222-XXXX			
	認定書発送希望場所	① 被保険者の住所 2. その他				
2. を選んだ方のみ記入	住所	〒				
	名称					
使用（予定）期間	平成 27 年 4 月 ~ 平成 28 年 3 月					
傷病原因（どちらかに○）	外傷性(ケガ)によるもの ・ 病気によるもの					

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03(3576)3511

平成 27 年 3 月 29 日

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。

注意事項

- ◆認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。（申請のあった月に資格取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、または扶養認定日となります。）
- ◆被保険者が住民税非課税の場合は、非課税証明書を添付の上、「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」にて申請してください。
- ◆傷病原因が、ケガなどの外傷性の場合は、別紙「負傷原因届」の添付が必要です。（初回申請時）

受 付