

健康保険 限度額適用認定申請書

事業所担当者印

被保険者証記号番号		-	
被保険者	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年 月 日	事業所
		名称	
		所在地	
被保険者の住所		〒 - (フリガナ)	(電話番号)
			- -
適用対象者	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄
		性別	男 ・ 女
適用対象者の住所		〒 - (フリガナ)	(電話番号)
			- -
※入院の場合 入院予定日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(予定)	

注意事項

- ◎入院の場合は入院予定日を必ず記入して下さい。
- ◎在職中の方は、健保に直接ではなく、所属事業所の健保事務担当者に提出してください。
任意継続被保険者の方は、健保宛に直接提出してください。
- ◎この申請書を受付けた日の属する月の1日(受付した日の属する月に資格取得および扶養認定された時はその日)から有効となる「限度額適用認定証」が交付されます。交付日は前月にさかのぼることができませんので、余裕を持って申請して下さい。
- ◎「他人にケガをさせられた」「交通事故にあった」など、加害者(第三者)の行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」が必要になります。必ず健保組合までご連絡下さい。

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。 提出日 令和 年 月 日

〒 -

被保険者 住 所

氏 名

印

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

標準報酬月額	適用区分
千円	

