

*ケンボ記入欄			
有効期限	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	交付日	R 年 月 日
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	回収日	R 年 月 日

決 裁				
常務理事	事務長	課長		担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	—		事業所 (会社)名	
被保険者 氏 名			生年月日	S・H・R 年 月 日生
適 用 対 象 者	氏 名			被保険者との続柄
	生年月日	S・H・R 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
	該当する <input type="checkbox"/> に ( <input checked="" type="checkbox"/> ) をつけてください。 ◆身体障害者手帳、子ども・ひとり親医療など、医療費助成対象者ですか。 <input type="checkbox"/> はい(名称: _____ 等級: _____ 級) <input type="checkbox"/> いいえ ◆難病法に基づく特定医療費(指定難病)対象者ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
使用する保険医療機関等(複数ある場合は主たるもの)  名 称  所在地  今回の使用期間(予定): R 年 月 日 ~ R 年 月 日  <b>* 申請月の1日(その月の途中で加入の場合は加入日)からの最長1年間の発行となります</b>				

上記の通り申請致します。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

被保険者氏名(自署)



大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

事業所記入欄(雇用期間等の定めの有無をいずれかに○印)			所属事業所 確認印		
雇用期間等の定めが ある ・ なし	雇用期間 (ある場合 のみ記入)	R 年 月 日 ~ R 年 月 日まで			