

東邦ガス健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	担当者	

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号	10	番号	1234
被保険者	氏名	東邦 太郎		
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日		
勤務先	会社名	東邦ガス株式会社		
	所属課所	○○部○○○グループ		
適用対象者	氏名	東邦 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日	性別	男・女
被保険者の住所		〒400-0000 名古屋市○区○○ 1-○○		
日中連絡が取れる電話番号		勤務先(内線スマホ)・自宅・携帯電話 080-○○○○-○○○○ (710○○○○)		
当該認定書を提出する医療機関	名称	○○○○○病院		
	いずれかに○	入院・通院		
認定証必要期間 (最長1年間) ※申請月(受付月)の初日より前に遡って申請はできません		○○○○年 ○○月 ○○日～ ○○○○年 ○○月 ○○日		
当該認定書の送付先	所属課所 ・ 自宅 (所属課所で受領できない場合に限る)			
その他の場合の送付先 (自宅で受領できない場合に限る)	〒 ※医療機関へ送付希望の場合は、事前に医療機関に送付可能か必ず確認の上、医療機関名・住所・病棟・病室等・宛名(受取人)を記入してください			

○○○○年 ○月 ○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。

