

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		番号	
被 保 険 者	氏名			
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
勤 務 先	会社名			
	所属課署			
適用対象者	氏名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月 日 性別 男・女
被 保 険 者 の 住 所	〒			
日中連絡が取れる電話番号	勤務先(内線ｽｽ)・自宅・携帯電話			
当該認定書を 提出する 医療機関	名称			
	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			

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。

年 月 日 《必ず記入してください》