

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

住友金属健康保険組合 御中

被保険者の記号番号		記号		番号	
被保険者	氏名	印			所属
	生年月日	年	月	日	電話番号
適用対象者	氏名				被保険者との続柄
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
適用対象者の住所		(〒 -)			
必要交付期間	入院・外来		年	月	日 ~ 年 月 末日

- ※ 本人が自ら署名した場合は、氏名横の捺印は不要です。
- ※ 有効期限が切れた場合は、再度申請が必要です。
- ※ 非課税の方は、健康保険組合までご連絡ください。

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。

平成 年 月 日