

各事業場健康保険担当者経由
ダイセル健康保険組合 行き

健康保険限度額適用認定申請書

※太枠内のみ記入して下さい。

被保険者	被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	事業所 の名称	会社名：	
	氏名				性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	住所	〒 — TEL () —				
適用 対象者※	氏名				性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			続柄	
	住所	〒 — TEL () —				
認定証利用(予定)期間※		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)				
ダイセル健康保険組合理事長殿 下記の内容も理解したうえで「健康保険限度額適用認定証」の交付を申請します。 ・有効期限が過ぎたり、使わなくなった「認定証」は直ちに健保組合へ返却いたします。 ・所得区分(標準報酬月額)が変更となった場合「認定証」の差替えや病院の再精算等には速やかに応じます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 被保険者氏名 (印)						

※適用対象者住所欄は、被保険者と異なる場合のみ記入して下さい。

※第三者行為(交通事故等)の場合は、別途所属事業場健康保険担当者まで連絡願います。

<健康保険組合使用欄>

* 決裁	処理日	年 月 日	決裁伺		
	適用期限	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	適用区分	ア・イ・ウ・エ			
	標準報酬月額	千円			