

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

この枠内は記入必須です。
漏れがないかご確認ください。

健康保険証の氏名の上を
ご覧ください。

あなたが在籍している会社名をご記入ください。
任意継続の方は「任意継続」とご記入ください。

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：		
					事業場：		
	氏 名				性別	男	・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
適 用 対 象 者 ※	住 所	〒 -			あなたが所属している部署をご記入ください。別の会社に出向されている方は出向先会社名をご記入ください。 任意継続の方は記入不要です。		
		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					提出日、被保険者(本人)、捺印		
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。							
利用(予定)期間が不明の場合には利用開始日のみ記入して下さい。					年	月	日
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					