

様式 56

事業主 経由

JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番 号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日		
		昭和 平成	年 月 日	
	会社名	(任意継続資格の方は記入不要です)		所属部署 (職場TEL)	(- -)	
	適 用 対 象 者	氏 名			続 柄	※
		生年月日	昭・平・令	年 月 日	性 別	男・女
		住 所				
		次の2つの内容について、はい・いいえ(○で囲み)でお答えください。				
		対象の方は市区町村の医療費助成等の対象となっていて、病院窓口負担の全額又は一部について助成を受けていますか?			は い ・ いいえ	
	傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか 等)によるものですか			は い ・ いいえ		
	上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日						
〒 - -						
住 所 _____						
被保険者氏名 _____ (印)						
電話番号 - - _____						
健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日			受 付 印	
	発効年月日	令和 年 月 日				
	有効期限	令和 年 月 日				
	適用区分	ア・イ・ウ・エ 現Ⅰ、現Ⅱ				