

**【記入例】**

決 裁			
常務理事	事務長	主 査	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の	記号	100	所属事業所	
	番号	1122222	本社〇〇G	
被保険者	氏 名	健保 太郎 (印)	連絡先電話番号	
	生年月日	1980年7月1日	内線・出向先・自宅いずれかの電話番号	
	住 所	(〒123-4567) 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地		
適用対象者	氏 名	健保 花子	続 柄	妻
	生年月日	1980年10月10日	該当する口に「レ」印を付けてください。	
使用開始年月	2018年7月	備考	<input type="checkbox"/> 入院 (退院日: 月 日) <input type="checkbox"/> 外来	

送付希望先	所属事業所(社内便)	療養を開始する年月をご記入ください。	場合はご記入ください。	入院の方で、退院予定日が決まっている方はご記入ください。
	住 所	(〒 - )		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
	宛 名			

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名・印	(印)	被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	該当する口に「レ」印を付けてください。		
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他( )			

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

※ご不明な点がございましたら、東電健保までご相談ください。 ☎03-6373-1111(代表)