

常務理事	事務長	係

# 記入例

## 健康保険限度額適用認定申請書

提出日 令和 5 年 3 月 1 日

以下の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被 保 険 者	保険証記号番号	100 - 94999	氏名	則武 太郎
	事業所（会社名）	株式会社ノリタケカンパニーリミテド		
	所属部署 / 電話	人事部	TEL: 052-561-7128	

認 定 対 象 者	氏名	則武 さくら
	性別	男 ・ 女
	続柄（被保険者からの）	妻
	生年月日	昭和/平成/令和 47 年 2 月 2 日
	住所	〒470-0293 愛知県みよし市三好町東山300番地
認定開始希望日	令和 2 年 11 月 15 日	
認定終了希望日	令和 2 年 12 月 31 日	
特記事項	妻の入院予定日11月15日につき、 13日までに職場宛て送付希望	

受付日

### 備考

- \*1 被保険者とは保険料を支払う従業員本人のこと
- \*2 認定開始/終了日には、入院予定日や退院予定日などを記入
- \*3 認定期間は月単位で最長1年間申請可能
- \*4 認定期間中は、高額療養費相当額を原則医療機関にて現物支給（自己負担額を低減）