

常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当

健康保険限度額適用認定証申請書

被保険者等記号番号		〇〇〇 - 〇〇〇〇			
被保険者	氏名	東武 太郎	事業所	名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇		所属	〇〇〇〇〇〇駅
適用対象者	氏名	東武 花子	被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇	性別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇			
医療機関名		〇〇〇病院	使用開始年月	令和 〇〇年 〇〇月	

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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

東武鉄道健康保険組合 理事長 殿

※1 発効年月日は、原則健康保険組合受付月の1日または上記使用開始年月の1日となります。

※2 マイナ保険証の利用により、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。

