

健康保険 限度額適用認定 申請書

【記入例】

※認定対象者の被保険者証(コピー可)を添付して申請して下さい。

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	〇〇 — 〇〇〇〇	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	氏 名	(フリガナ) ニッピ タロウ 日飛 太郎	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町〇〇番地				
	勤務先	☒ 横浜地区 ☐ 厚木地区 ☐ その他 ()				
	☒ 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)					

※被保険者の場合は記入の必要はありません。

認 定 対 象 者	氏 名	(フリガナ) ニッピ ハナコ 日飛 花子	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	住 所 (被保険者と異なる 場合のみ記入)	〒 -			

療 養 予 定 期 間	入 院	令和 〇〇 年 〇〇 月 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月
	通 院 (調 剤)	令和 年 月 ~ 令和 年 月

※被保険者以外の方が申請する場合に記入して下さい。

申 請 代 行 者	氏 名	(フリガナ)	被保険者 との関係	
	電話番号		申請代行 の理由	☐ 被保険者本人が入院中で 外出できないため ☐ 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。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

被保険者の個人番号記載欄
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

申請日を記入

健康保険組合使用欄

*有効期限 令和 年 月末迄 (箇月 ・ 年間)

記入しないでください

受付日付印

常務理事	事務長	係員