

提出先：(健保) F本社・フジFC・FBS・FEN・FPS・出向・任継
(事業所窓口→健保) 上記以外

処理結果 (記入しないでください)					事業所担当
標準報酬月額	平成 年 月 千円				
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	理事長	常務理事	事務長	担当
交付期間	平成 年 月 日 自				
	平成 年 月 日 至				
交付日	平成 年 月 日				

健康保険限度額適用認定申請書

(1)~(7)を記入し上記提出先にご提出ください。

(1) 保険証の記号番号	記号	番号
(2) 被保険者	氏名	①
	生年月日	昭・平 年 月 日
	住所	〒
(3) 事業所	名称 (保険証の「事業所名称」を記入)	
(4) 療養を受ける者	氏名	
	生年月日	昭・平 年 月 日
	性別	男 ・ 女
	被保険者との続柄	
(5) 療養予定期間 (*)	平成 年 月 日	~ 平成 年 月 日

(*) 療養予定期間は、入院(通院)で使用する予定期間を記入してください。

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。

(6) 平成 年 月 日

(7) 被保険者 住所

氏名

①

フジクラ健康保険組合理事長殿

健保受領印