

記入例

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	理事長	常務理事	事務長	担当
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ				
交付期間	平成 年 月 日 自				
	平成 年 月 日 至				

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 111 番号 12345	
(2) 被保険者	氏名	藤倉 太郎 
	生年月日	昭・平 58 年 7 月 1 日
	住所	〒 000-0000 東京都江東区〇〇 1-1 〇〇マンション 101
(3) 事業所	名称 (保険証の「事業所名称」を記入)	株式会社フジクラ
(4) 療養を受ける者	氏名	藤倉 花子
	生年月日	昭・平 58 年 8 月 2 日
	性別	男 ・ 女 
	被保険者との続柄	妻
(5) 療養予定期間 (*)	平成 30 年 1 月 25 日 ~ 平成 30 年 2 月 28 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 30 年 1 月 5 日

(7) 被保険者 住所 東京都江東区〇〇 1-1
〇〇マンション 101

氏名

藤倉 太郎



フジクラ健康保険組合理事長殿

健保受領印