

|      |     |   |  |  |
|------|-----|---|--|--|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |  |  |
|      |     |   |  |  |

学生援護会健康保険組合 御中

## 健康保険限度額適用認定申請書

|                   |      |              |   |          |             |
|-------------------|------|--------------|---|----------|-------------|
| 被保険者証<br>記号番号     |      | —            |   |          |             |
| 被保険者              | 氏名   |              |   | 印        | 事業所         |
|                   | 生年月日 | 年            | 月 | 日        | 所在地         |
| 被保険者の住所           |      | 〒 —          |   |          |             |
| 適用対象者<br>(入院される方) | 氏名   |              |   | 被保険者との続柄 |             |
|                   | 生年月日 | 年            | 月 | 日        | 性別<br>男 ・ 女 |
| 入院および入院予定期間       |      | 年 月 日～ 年 月 日 |   |          |             |

年 月 日提出

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。

— — — — —  
受付年月日

※「限度額認定証」は被保険者の自宅宛に郵送いたします。