

サンスター健康保険組合理事長 殿

※ 日付は、和暦で表記してください。

記号:

SSJ → 11

SEJ → 21

財団 → 41

SLJ → 51

TMX → 161

番号: 社員番号

健康保険限度額適用認定申請書

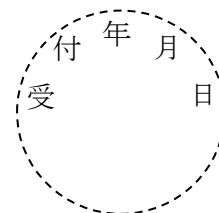
被保険者証記号番号 (被保険者手帳記号番号)		11 - 12345		在籍している会社名		
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称	サンスター(株)
	生年月日	昭和 47 年 1 月 1 日			所在地	大阪府高槻市 朝日町 3-1
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭和 49 年 3 月 3 日		性別	男 ・ 女	
病名若しくは治療内容		虫垂炎手術のため				
高額な医療費が発生する期間(予定)		令和 3 年 5 月 20 日 ~ 令和 3 年 5 月 29 日				
高額な医療費が		想定される、おおよその自己負担の医療費 (3割分)			1,000,000 円	
被保険者(適用対象者)の住所等		〒 TEL又は携帯				

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請

※長期発  
9月1日

※ 特別な事情がない限りは、社内メールにて交付いたします。  
事情により、郵送を希望する場合は、届け先をご記入下さい。

させていただきます。□



常務理事	事務長		担当者