

# 健康保険限度額適用認定申請書

申請日 令和 年 月 日

KOA健康保険組合理事長 殿

被保険者証 記号-番号		34 -		
被保険者	氏名		事業所名	
	生年月日	年 月 日	所属	
適用認定対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
認定対象者の住所				

以下、分かればご記入ください

医療機関名			
傷病名			
ケガの場合 負傷の原因	いつ	どこで	どのように
	年 月 日		
予定期間	入院予定期間(または高額療養費が発生する通院期間) 年 月 日 ~ 年 月 / 未定 まで		

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。

健保使用欄	受付年月日	令和 年 月 日	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	標準報酬月額 千円	ア / イ / ウ / エ	

常務理事	事務長	担当者	

受付印