常務理事	事務局長	部 長	課　長	課長補佐	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記　号	番　号	認定証送付先	いずれかに〇印を付けてください	
					自宅　・　事業所	
被保険者	氏　名			事業所 名　称		
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		事業所 所在地		
認定証交付対象者 （被保険者の場合は記入不要）	氏　名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		療養開始日 （使用開始予定日）	令和　　年　　月　　日	
被保険者の住所 電話番号 （日中の連絡先）		□□□－□□□□ TEL　　（　　）				

※　申請内容について確認させていただく場合があります。必ず、日中連絡のつく連絡先をご記入ください。

被保険者の住所（自宅）以外に送付を希望する場合	
送付先住所	□□□－□□□□
宛　　名	

※　認定証の有効期間は、原則、申請月（当組合の受付月）の初日から1年間となります。

※　前月分の医療費の支払いが未済等により、前月分からの発効を希望する場合は、医療機関に確認のうえ、申請いただく際に当組合本部：業務部（03-3866-2865）、または多摩支部：業務課（042-521-6611）にご連絡ください。

うえ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。

令和　　年　　月　　日提出

【健康保険組合処理欄】

東京金属事業健康保険組合

受付日付印

標準報酬月額	千円

R3.2.15