

北陸電力健康保険組合  
常務理事殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
承認日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者証	記号				番号					
会社名					所属名					

適用認定対象者		生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者の続柄			
使用期間 (見込み可) ※最長3ヶ月分	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	まで
送付先	<input type="checkbox"/> 事業所へ送付（社内便・通送）		<input type="checkbox"/> 事業所健保担当者へ送付							
	<input type="checkbox"/> その他へ郵送（送付先住所を記入ください）									
	〒 _____ 住所 _____ 宛名 _____ ※医療機関に直送の場合は、医療機関名と部屋番号まで記入ください									

※ 本申請書は、事前に提出してください。

※ 適用認定対象者とは、**70歳未満**の高額療養費の現物給付を受けられる方です。

※ 適用認定証を事前に提示されない場合でも、従来どおり健保組合から高額療養費が支給されます。

※ **毎年9月に標準報酬月額**の改定がある為、**9月をまたいでの発行はできません。9月以降も必要な場合は、再申請が必要となります。**