被保険者（申請者） → ＹＫＫ健康保険組合

PD

常務理事	事務長	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			
被保険者 ※捺印は被保険者が自筆する場合は省略できます。	氏　名	印		
	生年月日	昭和 ・ 平成 年　月　日	連絡先 電話番号	外線：（　　） － 内線：（　　）
適用対象者 ※高額な医療を受けることになった方。	氏　名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年　月　日	性別	男 ・ 女
適用対象者の住所		〒　－		
「認定証」送付先 ※右記のいずれか□にレを入れ、必要に応じてご記入ください。		□ 上記、適用対象者の住所 □ 社内便 ※黒部・滑川事業所の方はBOX番号、コンテナ便で送付可能な場合は所属先をご記入ください （BOX. 番号　　）（　　部　　室・課） □ その他，郵送の場合 ※お届け先住所をご記入ください 〒　－		

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。

平成　　年　　月　　日

※ 発効年月日は、申請日が属する月の初日より有効となります。

※ご記入いただいた個人情報は、認定証の交付及び医療費の支払いにのみ利用させていただきます。

【お願い】

1. 「第三者行為によるケガ・病気」での治療の際、健康保険証の使用を希望する場合は健保組合へ届出が必要です。
   今回の療養が「第三者行為によるケガ・病気」に該当する場合は、事前に健保組合へご連絡ください。
2. 被保険者の世帯が、市区町村民税が非課税世帯（低所得世帯）に該当する場合は、事前に健保組合へご連絡ください。

Ｙ Ｋ Ｋ 健 康 保 険 組 合