健康保険限度額適用認定申請書

令和　　年　　月　　日

被保険者証 記号-番号		―		
被保険者	氏名	印		
	生年月日	年　　月　　日		
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	年　　月　　日	性別	男　女
認定証送付先住所		〒		
連絡先電話番号				
＊該当する方に 丸をしてください。		入院予定日	年　　月　　日	
外来	入院			

(注1)限度額適用認定証の有効期限は、申請書を受け付けた日の属する月の1日（資格を取得した月の場合は資格取得日）から最長で6ヶ月の範囲となります。

(注2) 申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

(注3)認定証の送付先希望が病院の場合、病院名・病棟番号を必ず記入してください。
その場合、必ず病院にご一報ください。（認定証が健保に返却される場合があります）

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。

全日本空輸健康保険組合

受付　年　月　日

常務理事	事務長	次長	担当	担当

発効年月日	年　　月　　日	有効期限	年　　月　　日
適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ	発送日	年　　月　　日