

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	健保担当者

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

下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。

令和 年 月 日

被 保 險 者 の 情 報	記号・番号	* * - * * * * *	※1	
	事業所の名称	* * * * * * * 株式会社		
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	* * 年 * * 月 * * 日	
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎		
	住 所	〒 * * * - * * * * 〇〇市△△町◇◇丁目 * * 番 * * 号		
	電話番号 (日中の連絡先)	* * * - * * * * - * * * *		

療 養 を 受 け る 方 の 情 報	氏 名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健 保 花 子	と被 の保 続險 柄者	妻
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	* * 年 * * 月 * * 日	
	療養予定期間	<input type="checkbox"/> 令和 * * 年 * * 月 * * 日 ~	<input type="checkbox"/> 令和 * * 年 * * 月	※2

※1 健康保険の記号・番号をご記載ください。

※2 証の有効期間は、療養予定期間に応じて設定します。ただし、療養予定開始月の1日から最長で1年となります。
引き続き必要な場合は再度、申請書をご提出ください。

※被保険者が住民税非課税者の場合は、手続きが異なります。健康保険組合までご連絡ください。

※本申請書は、e-mailに申請書PDFを添付し送信することでも受付可能です。
<送付先アドレス> kenpo@sumitomo-pharma.co.jp (件名に申請書名を入力してください)

印刷した申請書を提出の場合は、社内メール便(住友ファーマ・大阪本社内)または郵送で
健康保険組合までお送りください。

健 保 使 用 欄	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	ア・イ・ウ・エ・オ