

常務理事	事務長	次長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

※下の太線内の各欄にご記入下さい

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	日本レストランエンタプライズ健康保険組合				
			申請年月日	令和	年	月	日
被保険者	氏名	印	事業所	名称			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		所在地			
適用対象者	氏名	印	被保険者との続柄				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女			
被保険者(適用対象者)の住所		〒 -					
		TEL		- -			
適用認定開始(発効年月日)の希望日				令和	年	月	1 日から
入院予定期間(退院予定月)または療養終了予定月				令和	年	月末まで	

標準報酬月額	千円	← 健保組合記入欄
--------	----	-----------

※ 入院予定期間・療養終了予定月とは、適用対象者が入院や療養のために、この認定証を必要とすると思われる期間です。認定証は月単位での発行になります。

※ 認定証の希望送付先(該当を○で囲む) 事業所(会社)・自宅・その他

その他の場合の送付先 _____

◎ 申請方法 この申請書の必要事項を記入し、事業所経由(または、当健康保険組合直接)で提出して下さい。

組合住所

〒101-0025 東京都千代田区神田佐久間町3-21-1 JR高架下
TEL 03-5829-3425

◎ 返却方法 発行された限度額認定証は、保険証と同様に大切に保管して下さい。
また、有効期間終了後は、速やかに当健康保険組合まで返却して下さい。

受付日付