

[Example]

ボッシュ健康保険組合

理事長 殿

Request for issuance of
Maximum Co-payment Certificate for Health Insurance

健康保険限度額適用認定証申請書

Health Insurance Card Symbol and Number		Insured Person's Name	
被保険者証記号・番号		1001・XXXXX	
被保険者	氏名	健保 太朗	事業所
	生年 Birth Date	昭和 58 年 12 月 31 日	名称
Applied Person's Name		くら	Business Entity
Relationship		長女	ボッシュ(株)
適用対象者	生年 Birth Date	令和 1 年 5 月 18 日	所在地 Address
Gender : Male/Female		男 ・ 女	東松山工場
被保険者(適用対象者)の住所		〒355-0028 Zip Code	Applied person's address
埼玉県東松山市箭弓町2-XX-XX		Telephone Number	
日中連絡がつく電話番号		090-XXXX-XXXX	
今回の申請の傷病		内科 ・ 外科 どちらかに○をつけてください。	

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。(□にチェックをお願いします)

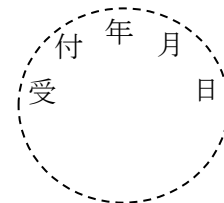
- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容について誤りがなく申請者本人が確認している。

※ 安全性を考慮し、交付にはお時間をいただいておりますのでご了承ください。

※ 限度額適用認定証を提示しなかった場合の高額療養費は、後日自動払いにより給付されます。

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。

令和 4 年 7 月 15 日



The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).