

ボッシュ健康保険組合
理事長 殿

健康保険限度額適用認定証申請書

被保険者証記号・番号						
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
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
被保険者(適用対象者)の住所						
日中連絡がつく電話番号						
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。				

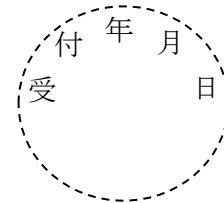
この届出については、①または②の要件を満たしたものである。(□にチェックをお願いします☑)

- 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いか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 年 月 日



ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課 (電話 0493-22-0890)までご連絡ください。