

# 健康保険限度額適用認定申請書

決 裁 平 成 年 月 日

常務理事	事務長	確認担当	担 当

ポッカ健康保険組合理事長 殿

平 成 年 月 日 届出

健 保 処 理 欄	標報月額	千円	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	適用区分	A. 上位所得者 B. 一般所得者	証交付日	平成 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名		会社名・所属・連絡先	
	記 号		印		外 線      -      -	
	番 号					
	入院対象者の氏名		性 別	生 年 月 日		続 柄
			男・女	明治・昭和 大正・平成      年 月 日		
	入院対象者の住所					
	※今回の申請に係る入院予定について下記にご記入ください。					
	入院期間予定（日数）			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間
	入院する保険医療機関等			名 称		
				所在地		

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。