

高額な医療費が発生するようとき（記入例：被扶養者の奥様が入院するとき

（様式1号）

提出先 神鋼商事健康保険組合 殿

常務理事	事務長	経 理	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等記号・番号	1 0 0 0 - × × × ×	事業所名	神鋼商事株式会社
被 保 険 者 氏 名	神 商 太 郎	被 保 険 者 生 年 月 日	1960 年 1 月 1 日
適 用 対 象 者	神 商 花 子	適 用 対 象 者 生 年 月 日	1965 年 12 月 1 日
被保険者との続柄	妻	適 用 対 象 者 性 別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所 （下記申請欄住所と同様の場合は不要）	〒		
申請期間（一月単位） （例：6月10日～7月5日の期間の 申請書が必要な場合は6月～7月と ご記入下さい）	2022 年 6 月 ～ 2022 年 7 月		
上記のとおり申請いたします。 令和 4 年 6 月 × 日 神鋼商事健康保険組合理事長 様 〒530-0001 住 所 大阪府大阪市北区××町○○○ 被保険者 氏 名 神 商 太 郎			

健康保険組合受付印

