

			理事長	常務理事	担当
* 受付番号					
* 申込日	令和	年	月	日	
* 被保険者記号番号			資格	取得	年 月 日
				喪失	年 月 日
* 被保険者氏名			資格 該当者	取得	年 月 日
				喪失	年 月 日

## 健康保険限度額適用申請書

### 1.適用区分(番号を○で囲んでください)

- 1 標準報酬月額 83万円以上の被保険者
- 2 標準報酬月額 53万円以上83万円未満の被保険者
- 3 標準報酬月額 28万円以上53万円未満の被保険者
- 4 標準報酬月額 28万円未満の被保険者
- 5 住民税非課税の被保険者

### 2.下記内容をご記入ください

被保険者の記号番号	記 号	番 号	
事業所の名称			内線
被保険者の氏名	氏 名	男・女	
	生 年 月 日	S・H	年 月 日
診療を受けた者	氏 名	男・女	
	生 年 月 日	S・H・R	年 月 日 続柄
該当医療機関			
長期入院開始日			
発行年月日			
有効年月日			

富士車輛健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所 〒

被保険者

自宅TEL

氏名

印