

※申請書受付月より前の月の認定証の交付はできません。
 日程に余裕をもってご提出ください。

常務理事	事務長		担当者

TSIホールディングス健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者の	被保険者証の	記号	番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	⑩ ←自署の場合は押印を省略できます。						
	住所	〒						
	日中の連絡先							

↓認定対象者の欄は被保険者(本人)の場合は記入の必要がありません。

認定対象者の (家族の場合)	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
-------------------	----	------	----------------	---	---	---

療養(入院)開始日	令和	年	月	日	～	備考		
有効期限の希望 <small>☑にて記入</small>	<input type="checkbox"/>	2ヵ月	<input type="checkbox"/>	3ヵ月	<input type="checkbox"/>	6ヵ月	<input type="checkbox"/>	1年

※有効期限は受付日又は療養(入院)開始日の属する月の1日(資格取得した月の場合はその取得日)から最長1年間の範囲となります。

※申請書受付月より前の月の認定証の交付はできません。

送付希望先	※上記被保険者の欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	〒						
	宛名	日中の 連絡先					

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

郵送先→	〒107-0052 東京都港区赤坂8-5-26 住友不動産青山ビル西館5F TSIホールディングス健康保険組合
------	--

----- 健保組合使用欄 -----

発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月 末	
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ オ ・ Ⅱ ・ Ⅰ			

- 2ヵ月
- 3ヵ月
- 6ヵ月
- 1年
- 継続

受付年月日