

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者の現況	被保険者証の記号番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		番号									
	被保険者氏名	フリガナ (自 署)									
	被保険者住所	〒 電話 ()									
	事業所名										
	部署名	電話 ()									
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	適用対象者住所	〒 電話 () (※被保険者住所と同じであれば「同上」とご記入ください)									
	入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費 (調剤含む)									
	入院・外来予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。		怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか ⇒ はい・いいえ									
限度額適用証送付希望先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他〔実家・病院〕※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒										

※被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合のみ記入

申請代行者	申請代行者氏名	フリガナ		被保険者との関係	()
	申請代行者住所	〒 電話 ()			
	申請代行の理由				

注意事項

- ※自己負担限度額での窓口支払いを行うには事前に健康保険組合に申請し医療費を窓口で支払う前に提示する必要があります。
- ※認定証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の1日と定められております。
- ※有効期限は原則ご記入いただいた期間となります、最長は3ヶ月となります。
- ※使用後は速やかにご返却ください。
- ※申請書は直接、当健康保険組合宛に送付してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

健保記入欄	標準報酬月額	千円								
	適用区分									
	発行年月日	令和	年	月	日					
	有効期限	令和	年	月	日					