

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者情報	被保険者証の 記号・番号	記号	○	番号	○○○○	社員番号	○○○○○			
	氏名 (自著)	(フリガナ) ケンポ タロウ				生年月日	昭和	年	月	日
		健保 太郎					平成	6	0	0
住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 TEL ()									

対象者	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。												
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ				被保険者 との続柄	妻	生年月日	昭和	年	月	日	
	健保 花子						令和	0	3	1	2	0	5
限度額証 必要期間	(必ずご記入下さい) ※受付月の初日より前に 遡って申請、翌月分等事前受付 はできません。				令和 1 年 5 月 ~ 令和 1 年 7 月				※有効期限は最長1年間です				
傷病原因	1. 骨折やケガなど外傷性によるもの 2. 以外によるもの												
外傷の場合のみ具 体的状況記入													

被扶養者の限度額証をご申請の場合は、こちらの欄をご記入ください。

使用期間や使用理由をご記入ください。
※申請ができるのは、申請があった日(健保受付日)から最長1年間です。(使用期間が未定の方は長めにご申請ください)

送付先	上記被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。 被保険者住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。 *会社宛の場合は社名・部署名等、病院宛の場合は病院名・病室等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。										
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 住所は被保険者のご自宅以外での受取を希望される場合はご記入ください。 TEL ()									
	*社名・部署名病院 名・病室等					宛名 (個人名)					

被保険者住所以外への送付を希望される場合は、詳しくご記入ください。
※病棟、病室など病院などへの送付をご希望の場合は、病院が受け取りに対応してくれるか事前にご確認ください。

申請 代行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。 また、代行申請する場合は被保険者氏名欄の氏名の後ろに(代筆)とご記入ください。										
	氏名 (自著)	○○株式会社 ○○ ○○				被保険者 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○ (○○○○) ○○○○				申請代行の 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中 <input type="checkbox"/> その他				

被保険者以外の方が申請書を作成する場合はこちらにも記入してください。

[備考]

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。

※健保使用欄	
発効月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ