

提出先: アクサ生命健康保険組合
メール: kenkohoken@axa.co.jp
(自署及び印不要。メール申請可)

常務理事	係長	検算	係

健康保険限度額適用認定申請書

※下記太枠内へご記入をお願いいたします。

①被保険者証の	記号 番号	②被保険者の	氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
③被保険者の現住所	〒		
	日中連絡先: 自宅・会社・携帯 () -		
④被保険者の勤務する事業所・所属の	(ア)名称	部・ 統括部・支社	営業所・ 課・グループ 分室
⑤被扶養者に係る申請の場合は、その者の	(ア)氏名	(イ) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日	年 月 日
⑥証を使用する期間(療養予定期間)	年 月 ~ <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 2か月 <input type="checkbox"/> 3か月 (最長) (3か月を超える場合は3か月にチェックし、期間終了前に再度申請してください)		
⑦希望送付先	<input type="checkbox"/> 社内便 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (病院に確認した上で、下記へ宛先を明確にご記入をお願いいたします。) *送付先が病院と自宅の場合は、『簡易書留』にて送付いたします。		
	〒		
⑧申請代行者欄	(ア)氏名	(イ)申請代 行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑨担当者へのコメント	お急ぎの場合は、受取希望日を記載して下さい。(例:○月○日までに受取希望です)		

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。

注:証を使用したい期間が次月からの場合は、当月25日以後には送付先へ送付いたします。

備考欄: 健保証記号番号記載の代わりにマイナンバーを使用する場合は、必ず事前に健康保険組合にご相談ください。

.....
受付日付印

発効年月	令和 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日		
証返納日	令和 年 月 日		
標準報酬月額	千円	適用区分	