

提出先 〒 メー 記入例

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	103 12345	②被保険者 の 氏名 生年月日	ア ^{クサ} 知 ^ウ 太郎 昭和52年9月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
③被保険者の現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 日中連絡先: 自宅・会社・携帯 (XXX) XXXX - XXXX		
④被保険者の勤務する事業所・所属の	(ア)名称 白金	部・ 統括部・支社 白金	営業所・ 課・グループ 白金 分室
⑤被扶養者に係る申請の場合は、その者の	(ア)氏名 阿草 花子	(イ) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日	平成10年10月10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 checked="" 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 健保 太郎	(イ)申請代 行の理由 <input checked="" 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:〇月〇日までに受取希望です) 例①:5月10日までに受取希望です。 例②:病院側に会計を待っていただいているためできるだけ早くの受取希望です。		

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日前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	