

常務理事	事務長		係

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者の現況	保険証の記号・番号	記号	番号	新規 ・ 更新			
	被保険者氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日	
		⑩					
	所属事業所				部署名		
	被保険者住所	〒 電話 ()					
	認定証の希望送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 所属事業所 <input type="checkbox"/> その他					
希望送付先住所	※被保険者住所以外への送付を希望の場合はご記入ください 〒						
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			
	適用対象者住所	※(被保険者住所と同じであれば記入不要です) 〒			生年月日	昭和・平成	年 月 日
外来・入院の別	<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院 (入院期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日)						
交通事故など第三者行為による受診ですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <small>※受診される傷病の原因が交通事故など第三者行為による場合は、認定証を使用することができません。事前に健保へご連絡ください。</small>						

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。

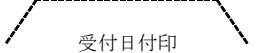
*被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名	⑩	被保険者との続柄	
	連絡先電話番号	TEL ()		
申請代行の理由				

注) *被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
*申請書が健保へ到着した日の属する月の1日が発効日となります。

※「健康保険限度額適用認定証」のご使用が終了したら必ずご返却ください。

健保記入欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	
	発効年月日	平成 年 月 日
	有効期限	平成 年 月 日

平成 年 月 日提出

受付日付印