

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 ケンボ タロウ		生年月日	昭和・平成 51 年 7 月 31 日	
		健 保 太 郎				(健保)
	所属事業所	○○ 株式会社			部署名	○○○○部
	被保険者住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 電話 ○○ (○○○) ○○○○				
	認定証の希望送付先	<input checked="" 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 ケンボ ハナコ	被保険者との続柄	妻		
	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
外来・入院の別	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 (平成 27 年 7 月 15 日 ~ 平成 27 年 7 月 31 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ ※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。					

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	Ⓜ	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