

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			
	被保険者氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
			㊟			
被保険者住所	〒					
	電話	( )				
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	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	療養予定期間	下記申請日の属する月の初日から 令和 年 月 日まで 期間が未定の場合は右記にチェックを入れてください → <input type="checkbox"/> 長期療養のため、期間は未定 ※限度額適用認定証の有効期限 ……申請日の属する月が 4月-8月 …… 8月末日が最長 9月-3月 …… 3月末日が最長				
	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		※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。		
送付希望先	ご希望の送付先を選択してください					
	1. 上記住所に送付					
	2. 社内便	(事業所)	(部署名)			
	3. その他	〒				
	電話	( )				

\*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					

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) \*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。

※「健康保険限度額適用認定証」のご使用が終わりま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	令和	年	月	日
	有効期限	令和	年	月	日

受付日付印