

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 ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	被保険者住所	〒 ○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1 △△△マンション○○○号室 電話 ○○ (○○○○) ○○○○	
対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者との続柄 妻 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 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。	
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