

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 ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和・平成 51年7月31日
	所属事業所	ウエスタンデジタルテクノロジーズ合同会社	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 type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 所属事業所 <input checked="" 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 〒○○○-○○○○ 神奈川県○○市○○1-2-3 病院等への送付を希望する場合は、病院の住所だけでなく病院名・病棟・病室番号も必ず明記してください。	
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者との続柄 本人
	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・令和 51年7月31日
外来・入院の別	<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 入院 (入院期間: 令和 1年 5月 1日 ~ 令和 1年 5月 7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。

退院日が未定の場合は入院開始日のみご記入ください。

*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) *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。
*有効期限は、原則ご記入の期間となります。(最長3ヶ月)

※「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。

備考欄	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	

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	

令和 1年 5月 1日提出
受付日付印