

健康保険限度額適用認定申請書

決議		年 月 日		
区分		常務理事	事務長	担当
No.				
	千円			
発効年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	

※非課税世帯の方は申請書が異なります。
健康保険組合までご連絡をお願いします。
TEL:011-212-2841

※二重線枠内健保使用欄(記入不要)

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

被保険者証の記号と番号		記号	番号	申請日	年 月 日
被保険者	氏 名	Ⓜ		事業所	会社名
	生年月日	昭・平・令	年 月 日		本社所在地
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄 (保険証の続柄)	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日		
適用対象者の住所		〒 -			日中連絡先電話番号(携帯・自宅等)
療養予定期間		※最長で8/31分まで申請可能。9/1以降分も必要な場合は再申請が必要になります。 年 月 ~ 年 月 (記載がない場合は受付した月の1日から3ヶ月間有効とします。最長で8/31まで)			

※療養予定期間(認定証発行期間)の注意事項

受付

健保受付日より遡っての発行はしておりません。(例:申請日1/31・健保受付2/1の場合は2月1日以降適用の認定証の発行)

上記住所以外に送付をご希望の方は記入して下さい (お勤め先・病院宛て等)	〒 -
---	-----

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

⇒マイナンバーを記入した場合は別途添付書類が必要になりますので
事前に健康保険組合までご連絡の上申請して下さい。

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。