

記入見本

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下さい。
TEL:011-212-2841

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者の記号・番号
氏名・生年月日
を記入・捺印

※二重線枠健保使用欄(記入不要)

発効年月日	年	月	日	有効期限	年	月	日
-------	---	---	---	------	---	---	---

決議	年 月 日		
区分	常務理事	事務長	担当
No.			
千円			

こちらの欄は健保使用欄
ですのでご記入は不要です。

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	昭・平・令 年 月 日		お勤めの 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	昭・平・令 年 月 日		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)					

この申請書の記入日をご記入ください。

被保険者様のお勤めの会社名・本社所在地を記入ください。任意継続の方は記入不要です。

被保険者との続柄をご記入ください。例) 本人・妻・長男・長女など

健保からの連絡を受け取れる連絡先をご記入ください。
※ご記入がない場合はこちらからの連絡・発行が遅くなる場合があります。

※療養予定期間(認定証発行期間)の注意事項

健保受付月より遡っての発行はしていません。(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)

療養予定期間(1か月単位で指定でき、最長8/31有効分まで申請可能)をご記入ください。
※ご指定のない場合は受付月から3か月間有効の認定証を発行いたします。(8/31まで)

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)	〒 - -
-------------------------------------	-------

上記「適用対象者の住所」以外に送付希望の場合はこちらに詳しくご記入ください。

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)	
---	--

療養される方の氏名・生年月日・続柄・性別を記入、入院される方が被保険者本人の場合も記入してください。

こちらに被保険者のマイナンバーを記入いただいた場合は保険証の記号・番号の記入は不要です。
ただし、送付いただく際は書留など追跡可能な方法で送付していただき、申請書の他に別途提出書類が必要になるので健康保険組合まで事前に連絡をお願いします。

※保険証の記号・番号だけの申請の場合はこの申請書のみで申請できます。