

※健保使用欄は記入等しないでください。

健保使用欄	標準報酬月額	千円				常務理事	事務長		担当
	適用区分								
	発効年月日	令和	年	月	日				
	有効期限	令和	年	月	日				

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
 ※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被保険者	被保険者証の記号番号	記号 10	被保険者氏名 健保 太郎	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		番号 123				5	3	0607
	事業所名	〇〇株式会社						
	部署名	〇〇部 〇〇課			電話	03 (△△△△) △△△△		
被保険者住所	〒	151 - 0051		東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇		日中連絡のとれる 連絡先をご記入ください。		
	電話（日中の連絡先）	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇						
	〒	-		同上				
適用対象者	適用対象者氏名	フリガナ ケンボ イチロウ	被保険者との続柄 長男	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		健保 一郎				1	0	0101
	適用対象者住所	〒 -		同上		電話（日中の連絡先）： 090 (△△△△) △△△△		
	入院・外来予定期間	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日						
	傷病原因	1. 骨折やケガなど外傷性によるもの ② その他 (虫垂炎のため)						
負傷原因	※1. 骨折やケガなど外傷性によるもの場合は、以下へご記入ください。							
	日時	平成・令和						
	場所	1. 会社内 2. 自宅内 他						
発生状況	()							
負傷原因が第三者の行為（交通事故等）によるものですか。 はい ・ いいえ								
限度額証送付希望先	お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。							
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所				<input type="checkbox"/> 適用対象者住所			
	<input type="checkbox"/> その他 [実家 ・ 病院] ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。							
〒		-		病院への送付を希望する場合は、 病院の住所・病院名・病棟・病室番号を明記してください。 (必ず病院に送付の了承を得てください。)				

備考	個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、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通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

受付日付印

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。