

健 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円			常務理事	事務長	担当
	適用区分	ア. 83万円以上	イ. 53万円以上83万円未満				
		ウ. 28万円以上53万円未満	エ. 28万円未満				
	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

被保険者証 の記号番号	記号	1	フリガナ ケンポ タロウ 被保険者 氏名 健保 太郎	生年月日	昭和	平成	年	月	日			
	番号	121212			3	4				5		
被保険者 住所	〒 222-8563 神奈川県横浜市港北区新横浜〇-〇-〇			電話番号	045 (〇〇〇) 〇〇〇〇							
適用対象者 氏名 (限度額証を 使用する人)	フリガナ	ケンポ タロウ			被保険者 との続柄	本人	適用対象者 生年月日	昭和	平成	年	月	日
		健保 太郎						3	4			
適用対象者 住所	*被保険者の住所と同じ場合は、記入の必要がありません。 〒 電話番号 ()											
入院・通院 予定期間	令和 元 年 5 月 10 日 ~ 令和 元 年 6 月 30 日											
第三者行為の有無 (外傷性のケガの場合のみ)	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>			業務中または通勤退勤途中の有無 (外傷性のケガの場合のみ。労災の場合には申請できません。)			有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>					
認定証送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他住所 [実家 ・ 勤務先 ・ 病院] *その他住所を選択した場合は、下記に送付先住所をご記入ください。実家名や病院名とその部屋番号等も記入してください。											
	〒											
	社内便宛先	受取人または送付先名称			連絡先 (電話番号)							

*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	④	被保険者 との関係	連絡先 (電話番号)
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 (理由:)		

令和 元年 5 月 1 日 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。

※「限度額適用認定証」は、この申請書を当健保組合が受付した日の属する月の1日
(受付した日の属する月に資格取得及び扶養認定されたときはその日) から有効となります。
前月に遡って発効とすることはできません。
※有効期限は、発効年月日から8月31日までとなります。

受付日付印

※ 健保受付日が令和元年6月15日の場合には、令和元年6月1日から有効のものを発行いたします。5月1日に遡って発効とすることはできませんのでご了承ください。