

|       |        |    |   |   |   |      |     |    |  |
|-------|--------|----|---|---|---|------|-----|----|--|
| 健保記入欄 | 標準報酬月額 |    |   |   |   | 千円   |     |    |  |
|       | 適用区分   | ア  | イ | ウ | エ | 常務理事 | 事務長 | 担当 |  |
|       | 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

|       |       |  |   |  |   |  |   |
|-------|-------|--|---|--|---|--|---|
| 提出年月日 | 9. 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|-------|-------|--|---|--|---|--|---|

**※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。**

|             |   |                                |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|-------------|---|--------------------------------|--|----------|--------------------------------------|------|----------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| 被保険者の現況     | 被保険者証の記号番号  | 記号                             |  | 番号       |                                      | 生年月日 | 昭和                               |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|             | 被保険者氏名  | ワカナ                            |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|             | 所属会社名   |                                |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|             | 部署名   | 電話: ( )                        |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|             | 被保険者住所  | 〒                              |  | —        |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
| 適用対象者の現況    | 適用対象者氏名   | ワカナ                            |  | 被保険者との続柄 |                                      | 生年月日 | 昭和                               |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|             | 適用対象者住所   | 〒                              |  | —        |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|             | 用途  | <input type="checkbox"/> 入院医療費 |  |          | <input type="checkbox"/> 外来医療費（調剤含む） |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|             | 入院・外来予定期間   | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日            |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
| 限度額認定証送付希望先 | お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 <small>※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。</small>          |                                |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
|             | <input type="checkbox"/> 被保険者住所   |                                |  |          |                                      |      | <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 |  |   |  |   |  |   |  |
|             | <input type="checkbox"/> その他〔実家等は宛名(様方・気付)等をもれなくご記入ください。なお医療機関への送付はできかねます。〕 |                                |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |
| 〒 —         |   |                                |  |          |                                      |      |                                  |  |   |  |   |  |   |  |

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 | 怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい ・ いいえ |
|----------------------------------|--------------------------------------|

|    |  |
|----|--|
| 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。<br>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<br>・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 |

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。

因幡電機産業健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄