

健康 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	0	2	0	5	0	1
-------	-------	---	---	---	---	---	---

※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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日	5	3	0	6	0	7	
	被保険者氏名	フリガナ	ケンポ タロウ 健保 太郎														
	所属会社名	株式会社〇〇〇															
	部署名	〇〇部 〇〇課					電話:	03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇									
	被保険者住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話: 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇															
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者氏名	フリガナ	ケンポ イテロウ 健保 一郎		被保険者との続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	1	0	0	1	0	1
	適用対象者住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話: ( )															
	用途	<input checked="" 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 2 年 5 月 10 日 ~ 令和 2 年 6 月 10 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 ※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ません。〕 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください																

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。
	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

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