

健 保 記 入 欄	発行 月日	年	月	日
	有効 期限	年	月	日

承 認 印	常務理事	事務長	係

健康保険 限度額適用認定申請書

以下の通り、限度額認定証の発行を申請します。

- * ①～⑤はどなたも必ずご記入ください。
- * 事業主(会社)または、健康保険組合に直接お送りください。
- * 保険証を見ながら記入してください。被保険者情報欄に被扶養者情報の記入をしないでください。
- * ⑤の期間のご指定がない場合(はじまりの年月日の記載はあるが、終わりの年月日の記載がない場合含む)認定証の発行ができません。必ず両年月日とも記入してください。(発行期間は1年間が最大となります)

①申請年月日	令和	年	月	日
被保険者情報				
②被保険者証の 記号・番号	記号		番号	
③被保険者氏名	印			
④被保険者住所 電話番号	〒 日中連絡の取れる電話番号() <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他			

療養を受ける者の情報(被保険者本人の場合は記入の必要はありません)			
氏名		続柄	

認定証必要期間(必ずご指定ください。最大で1年間分発行できます)									
⑤入院・通院 予定期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日

限度額認定証送付先(④の被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません)			
*簡易書留にて送付します。事業所(会社)には、原則として送付いたしません。			
*被保険者と別居のご家族への送付の場合は、受取をする方の個人名を必ず記入してください。			
*病院宛の場合は病院名・病室等ご記入の上、個人名を必ず記入してください。			
送付先住所 電話番号	〒 日中連絡の取れる電話番号() <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他		
病院名 病室名等		宛名 (個人名)	

申請代行者欄(被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。)			
氏名	印	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 家族
電話番号 日中連絡のとれる番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他	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

令和1年6月改訂

受付日付印

【個人情報の取り扱いについて】

本申請書に記入された個人情報は、本申請書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。