

常務理事	事務長	担当

### 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名		生年月日			
					昭和・平成 年 月 日			
	自宅住所		郵便番号 .....		電話番号 .....			
	会社名				所属			
	認定証対象者	氏名			続柄			
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男・女
		傷病名			手術	有・無		
		入院及び療養を受ける、または、受けている保険医療機関		名称 ..... 所在地 .....				
		入院・療養開始予定日	令和	年	月	日	入院・療養予定期間	
		認定証の送付先		自宅・所属・入院先		※書留で送付しますので、必ず受け取れる住所を指定してください。		
※自宅・所属以外へ送付する場合は、右記へ宛名と住所をご記入願います。入院先の場合は、病棟及び病室の番号まで記入してください。		その他の送付先 ( )						
		郵便番号 .....		住所 .....				
令和 年 月 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。								

申請代行欄	「申請代行欄」は、被保険者および被扶養者以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	代行者氏名			被保険者との関係		
	電話番号 (日中連絡先)			申請代行の理由		
				・被保険者本人が入院したため		
				・その他 ( )		

※ 認定証の発効年月日については、健康保険組合で受付された日の属する月の初日となります。前月に遡っての発効は出来ません。  
 (申請のあった月に資格取得した場合、または被扶養者となった場合は、その資格取得日、または扶養認定日からとなります)

健 保 欄	交付年月日	令和	年	月	日	受 付 印
	発効年月日	令和	年	月	日	
	有効期限	令和	年	月	日	