

健 康 保 険
限度額適用認定証交付申請書

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

令和 4 年 11 月 1 日提出

被 保 險 者 情 報	事業所	住吉工場		
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■県■■市■■区■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678		
	記号番号	●● - ●●●●●		
	氏名	栗本 空		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 1 0 0	月 4

記入見本

対 象 者 情 報	氏名	栗本 空			続柄	本人	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 1 0 0	月 4	日 0 1
	療養 予定期間	令和 0 4 1 1 1 5	年 ~	月 令和 0 5 0 3 3 1	日 まで						

※注意事項

- 「認定証」は原則、事業主経由でのお渡しとなります(任意継続被保険者を除く)。
やむを得ない事由により直接の受取りをご希望される場合は、事業所健保担当者、或いは当組合へお申し出ください。
- 「認定証」の有効期限は、上記療養予定期間に合わせたものとしますが、最長6ヶ月間の範囲で6月末日を超えない期限とします。
- マイナ保険証を利用すれば、この限度額適用認定証は、不要となります。
- 「認定証」は、有効期限経過後は速やかに当組合へご返却ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

必ず確認の上 チェック！

必ず確認の上 チェック！

<p style="text-align: center;">被保険者確認欄</p> <p>この届出について、以下の要件を満たしたものである</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している</p> <p style="text-align: center; background-color: #e67e22; color: white; padding: 5px;">原則事業所経由での受け渡しとなります。 特別に個人直接の受け取りを希望する場合 以外はチェックしないこと！</p>	<p style="text-align: center;">事業主確認欄</p> <p>この届出について、以下の要件を満たしたものである</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 事業主が記載内容に誤りがないか確認している <input checked="" type="checkbox"/> 申請者が「認定証」の直接の受取りを希望している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・送付先: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ・住所: 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■県■■市■■区■■町 ●-●-● TEL 090 (1234) 5678 ・受取人または医療機関名: <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">栗本 空 様</p>
---	---

※健保記入欄

標準報酬月額	適用区分			
千円	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ