

常務理事	事務長			係

マイナ保険証をお持ちの方は、申請不要です。

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

(新規 ・ 更新 ・ 再交付)

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号 300	番号 123456	フリガナ ケンボ (氏) 健保	フリガナ タカオ (名) 孝夫
	住所 〒116-0002 東京都荒川区荒川〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 2年6月19日	
	名称 総合警備保障株式会社		所在地 〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
事 業 所	所属 〇〇〇支社 □□□営業所		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など □□□ - △△△△ - ××××	

適 用 対 象 者 欄	認定証が必要な方の 氏名	健保 孝夫		被保険者との続柄	本人
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年6月19日 <input type="checkbox"/> 令和			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 病 気 <input type="checkbox"/> 出 産 <input checked="" type="checkbox"/> ケ ガ	ケガの場合、仕事中または通退勤中のケガですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください		

希 望 送 付 先 ※ご希望の送付先を 指定してください	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住所に送付			
	<input checked="" type="checkbox"/> 所属先に送付		※所属先の健保担当窓口経由で送付します。 所属は支社単位、本社所属窓口は管理室庶務課です	
	<input type="checkbox"/> その他	宛名		被保険者からみた続柄
	住所	〒	-	

申請代行者欄	氏名	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中のため <input type="checkbox"/> その他()
--------	----	---------	---

※ 認定証の発効日(使用開始日)は申請書を健康保険組合で受付した月の1日(健康保険加入月の場合は資格取得日)からです。月末の申請の際は事前にご相談ください。

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。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

※健保使用欄

事業所	月額

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄