

# 健康保険限度額適用認定申請書

令和6年12月改定

**「マイナ保険証」利用の場合は申請不要**

- 申請書が到着した日から4営業日以内に、原則会社経由の社内便にて親展で認定証を送付します。
- 緊急の場合のみ事前にTEL(052-951-8816)連絡してください。

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	係

申請日: 令和 年 月 日

被保険者等	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成

必 認 定 証 方 が	<input type="checkbox"/> 被保険者本人			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) ⇒ 下欄を記入してください。			
	氏名 (家族)		生年月日 (家族)	昭和 年 月 日 平成

こ の 申 請 を す る 方	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		日中連絡 の取れる 連絡先	
	<input type="checkbox"/> 本人以外 ⇒ 下欄を記入してください。			
	氏名		日中連絡 の取れる 連絡先	
	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 上司・同僚 <input type="checkbox"/> その他( )		

認 定 証 送 付 先 【社内便】	※記入した通りに送付しますので、建物名など省略せずに正しく記入してください。		
	(建物名)		
	部・支店・課		
	氏名	様	

社 内 方 便 の み 利 用 可 き 【郵送先】	<input type="checkbox"/> 出向者などで社内便なし	<input type="checkbox"/> 任意継続者
	<input type="checkbox"/> 入院などで休暇中	<input type="checkbox"/> その他(理由: )
	(〒 - )	様

※認定証の有効期限について

受付印

申請書が到着した月の1日から1年間有効のものを作成します。

申請書到着月より前のものは作成できません。

△ 限度額適用認定証は必ず返却してください △

・退職したとき ・扶養家族でなくなったとき ・有効期限が切れたとき ・不要になったとき