

健康保険限度額適用認定申請書

令和6年12月改定

健康保険組合使用欄

「マイナ保険証」利用の場合

記入例2:

・被保険者本人が、被扶養者家族の認定証を申請する場合。

- 申請書が到着した日から4営業日以内
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

申請日: 令和 5 年 4 月 10 日

被保険者等	記号	1	番号	12345
	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 40 年 5 月 6 日 平成

必要 認定 証 方 が	<input type="checkbox"/> 被保険者本人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族) ⇒ 下欄を記入してください。			
	氏名 (家族)	健保 花子	生年月日 (家族)	昭和 41 年 2 月 3 日 平成 令和

この 申請 を す る 方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人		日中連絡 の取れる 連絡先	090-1234-5678
	<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)	(株)スズケン 名南事業所	
	部・支店・課	名古屋営業部 名古屋支店 病院1課	
氏名	健保 太郎 様		

社内 便 が 郵 送 先 に 使 用 可 き	<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