

## 健康保険 限度額適用認定申請書

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

申請日：令和      年      月      日

被保険者の 氏名及び 生年月日	フリガナ	被保険者証 記号・番号	
	(印)		
	昭和・平成      年      月      日	社員・職員 コード (GPN)	
適用対象者の 氏名及び 生年月日	フリガナ	被保険者 との続柄	
	昭和・平成・令和      年      月      日		
被保険者の 住      所	〒 (電話) ( )		
送 付 先  該当するものに ○をして、 必要事項を記入 してください。	<p>1. 上記住所と同一住所への送付</p> <p>2. 下記住所への送付（適用対象者宛、入院先等）</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                 〒             </div> <p>※配偶者の実家等へ送付希望の場合は、「様方」の記載もれにご注意ください。                  ※入院先への送付希望の場合は、<b>郵便の受渡しに関して必ず医療機関の了承を得た上で</b>、                  病棟・部屋番号等、お手元に確実に届く送付先をご記入ください。</p> <p>3. 社内便での送付</p> <p>所属事業所名 ( )</p> <p>所属部門名 ( )</p> <p>GPN ( )</p>		

**注意事項**

- ◎被保険者本人が自ら記入（自筆）する場合には、被保険者本人の押印は省略できます。
- ◎認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。  
 （申請月に資格取得した者、又は被扶養者となった者についてはその資格取得日、又は認定日となります）
- ◎ご利用が終わられたとき、又は資格を喪失するときは認定証を必ず健保組合に返納してください。

**【健保処理欄】**

受付日付印

常務理事	事務長		担 当