健康保険限度額適用認定申請書

記入例

被保険者	記号	1234	番号	56
	氏名	健保　太郎　健保 印		(男)・女
	生年月日	昭和　35 年　10 月　10 日		電話番号 03 － 1234 － 5678
	住所	〒 ○○○－×××× 練馬区○○－△△－××		
事業所	名称	(株)日本ハウスホールディングス		
	所在地	〒 ○○○－×××× 東京都千代田区飯田橋四丁目３番８		
対象者氏名（療養を受ける人）	氏名	健保　花子　健保 印		男・(女)
	生年月日	昭和　38 年　09 月　08 日		被保険者との続柄 妻
	送り先が被保険者の住所と異なる場合記入してください	〒 電話		

※下記記入欄は参考までに記入してください。

医療機関名	
入院予定期間	
けがで入院した場合は、けがをした状況を記載する	

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です）											

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

年　　月　　日

1．申請書に必要事項記載の上直接、健康保険組合に提出してください。

2．発行年月日は、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし、申請のあった月に新たに被保険者の資格を取得した者または被扶養者となった者については、当該資格を取得した日または被扶養者となった日とします。

3．認定証の有効期限は３ケ月とします。

4．被保険者が以下に該当した場合は、認定証は返納してください。

① 被保険者が資格を喪失したとき

② 被保険者が加入している保険者に変更があったとき

③ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき

④ 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき

⑤ 認定証の有効期限に達したとき

⑥ 適用対象者が老人医療受給対象者となったとき

受　付　印

日本ハウスホールディングス健康保険組合