

見本

常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者情報			
被保険者証等の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名 健保 太郎
	〇〇	〇〇〇〇〇	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都渋谷区〇〇-〇〇 〇〇マンション 〇〇〇号室	電話番号	03 (〇〇〇) 〇〇〇〇
		日中の 連絡先	080 (〇〇〇) 〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇〇.〇〇		
事業所	株式会社 〇〇〇〇	部署(店舗)名	ガリバー〇〇〇〇〇店

適用対象者			
対象者氏名 健保 花子	生年月日		続柄
	昭・ 平 ・令 〇年 〇〇月 〇〇日		妻
対象者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	〒	被保険者と同居の場合は記入不要です。

受診予定等			
<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	認定証申請期間	令和〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇年 〇〇月 〇〇日	
申請いただける期間は、 申請月の1日から、最長で3か月 になります。 ただし、申請書を受付した月より前の月の申請はできませんのでご注意ください。			
交通事故など第三者行為による受診ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		

認定証送付先			
<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input checked="" type="checkbox"/> その他			
送付希望先 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都新宿区〇〇-〇〇〇	被保険者住所、適用対象者住所（上記に記載の住所）以外に送付をご希望の場合にご記入ください。 店舗、病院を宛先にされる場合は、正式名称をご記載ください。	
送付希望先 宛名	ガリバー〇〇〇〇〇店	送付先が病院の場合、必ず病院に許可を得てください。また、病院名・病棟・病室を必ず明記して下さい。	

* 被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名	電話番号	()
対象者との関係	申請代行の理由		

健保 記入欄	標準報酬月額	千円	発行年月日	年 月 日
	適用区分		有効期限	年 月 日

受付日付印