

健康保険限度額適用認定証申請書

RO6.02.21更新

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。マイナ保険証をぜひ利用ください。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者欄	記号	番号	生年月日
	被保険者証 (右つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	被保険者名 (フリガナ)	<input type="text"/>	勤務している事業所 名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>
	現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県	電話番号 () ※日中ご連絡の取れる電話番号

認定証交付対象者欄	該当するものを○で囲んでください。			
	新規・継続	※すでに限度額適用認定証をお持ちの方で、有効期間満了以降も引き続き限度額適用認定証を継続して必要な場合は「継続」を○で囲んでください。		
	氏名	続柄	性別	生年月日
	適用対象者 ※被保険者の場合は記入不要		男・女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	入院・外来 (予定) 期間 または療養 (予定) 期間等	※限証発行期間を確定するため、必ずご記入ください。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【発効日について】 申請書受付日の属する月の1日 (受付日の属する月に資格取得および扶養認定をされた場合はその日) から最長12月末日まで有効の認定証が交付されます。原則、前月に遡っての発行はできませんのでご注意ください。なお、返納が済んでいない認定証がある場合は新たに発行することができませんのでご注意ください。		
通院・入院予定の病院名	所在地 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県			
病名・病状				

送付先	下記よりご希望の送付先を一つ選択し必要事項をご記入ください。		
	社内メール便 ※神田、小網町のみ対応可能	[事業所名] _____	[部署名] _____
	ご自宅	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県	宛名 _____ 続柄 _____
	上記以外 ※ご自宅以外に発送を希望する場合は宛名や続柄を必ず記載してください。	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県	

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。

◆◆有効期限が過ぎた認定証は、必ず健保までご返却ください。◆◆

日清製粉健康保険組合使用欄

処理結果	
発効月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

常務理事	事務長	担当

