

\* 健保記入欄

<b>※健保記入欄</b>	
---------------	--

健康保険 限度額適用認定申請書 **※黄色部分のみご記入ください**

太枠内を記入ください

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者等 記号・番号	○○○	・	○○○○	事業所	大阪本社	・	東京本社	・	退職済					
被保険者	氏名	健保 太郎			生年 月日	昭和	○	年	○	月	○	日		
適用対象者 <small>被保険者の場合は 記入不要</small>	氏名	健保 花子			被保険者との続柄	妻	生年 月日	昭和	○	年	○	月	○	日
被保険者の住所	〒 530 - 0005			<b>※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください</b> 大阪府大阪市北区中之島○-○-○ ○○マンション○号室 日中のご連絡先 ( 06 ) ○○○○ - ○○○○										
認定証送付先 <small>①被保険者住所以外の送付先を ご希望の場合のみ記入してください。 ②病院への送付については、受け取り についてあらかじめ病院の方に 相談してください。</small>	住所 <small>事業所名 所在地 部署名等</small>	<b>※被保険者住所以外の送付先を 希望の場合のみご記入ください</b>												
認定証が 必要となる日付	R5	年	2	月	15	日	診療 入院	分より必要	備考欄	○○病院 医事課 ○○様了承済み				

原則、申請書受付月よりまえの月の限度額適用認定証の交付はできません。  
さかのぼって申請する場合は医療機関にその旨を申し出いただき、  
了承を得た上で交付させていただきますので、確認された医療機関の方の  
お名前と医療機関名を「備考欄」に記入してください。

※被保険者が入院中等により代理者が申請する場合は記入してください

代理者	氏名	<b>※代理者が申請する場合のみご記入ください</b>										
	生年月日											

次の注意事項をよく読んで申請してください

- 認定証の発効年月日（有効期間の初日）は、当組合で受付した日の属する月の初日となります。  
ただし、申請のあった月に資格取得、又は被扶養者となった場合は、その資格取得日、又は扶養認定日となります。
- 有効期限は、発効年月日の次に到来する8月31日、又は資格を喪失する日の前日（任継の場合など）までです。
- 有効期限が過ぎ、引き続き認定証が必要な場合は、9月に申請書を提出してください。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。  
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

交付年月日