常務理事		係

健康保険限度額適用認定証交付申請書

適用対象者	記号		番号	
	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	性別	男　・　女
有効期限 (※1 認定証必要期間)	令和　年　月　日(必須) ～ 令和　年　月　日まで(未定でも可)			
限度額適用認定証送付先(※2)	送付希望先(どちらかに○)	所属宛　・　自宅宛 (出勤している場合は、原則社内メール・行内メールを利用して「所属宛」にお送りします)		
	所属宛の場合	所属名: オフィス名:　オフィス　／　店番　: ※ オフィス名がある場合はオフィス名、行内メールで店番がある場合は店番も記入してください。 TEL		
	自宅宛の場合	〒　－ TEL		
備考	※在職中の方で自宅宛とする場合は、備考欄にその理由を記入してください。			
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。 被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿				

※1　原則、有効期限は申請する有効期限開始月の月初から最長半年を限度として作成します。
(申請する有効期限開始月が、健保受理日の属する月より前の場合は、健保受理日の属する月の月初から最長半年を限度とします。)退院日等終了日が不明の場合は、未定と記入してください。

※2　被保険者が在職中の場合は、原則社内メール・行内メールを利用して所属宛に送付します。
出勤していない場合等は、自宅宛に送付しますので、送付先住所、被保険者以外が受領される場合は、どなた宛に送付すればよいかを記入してください。
また、**在職中の方で自宅宛とする場合は、備考欄にその理由を記入してください。**
健康保険限度額適用認定証は、申請書が健保に届いた日か、その翌営業日までには交付し、送付いたします。
(業務が繁忙な場合を除く)

(依頼事項1) 過去に交付を受けた限度額適用認定証で有効期限が切れたものをお持ちの場合は、申請書と一緒にご返送ください。

(依頼事項2) 被保険者の方が住民税非課税の場合は、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を発行しますので、非課税証明書または住民税の決定通知書(写)を申請書と一緒にご送付ください。
(被保険者の標準報酬月額が530千円以上の場合を除く)

健保使用欄

有効年月日　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

受付印