

健康 記入欄	標準報酬月額	千円							
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	常務理事	事務長		担当
	発効年月日	令和	年	月	日				
	有効期限	令和	年	月	日				

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証の記号番号	記号	100	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日	5	3	0	6	0	7	
	社員番号	〇〇〇〇〇															
	被保険者氏名	フリガナ	ケンポ タロウ 健保 太郎														
	所属会社名	株式会社〇〇〇															
	部署名	〇〇部 〇〇課 電話： 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇															
適 用 対 象 者 の 現 況	被保険者住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話： 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇															
	適用対象者氏名	フリガナ	ケンポ イチロウ 健保 一郎		被保険者との続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	1	0	0	1	0	1
	適用対象者住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話： ()															
	用途	<input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費（調剤含む）															
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	入院・外来予定期間	令和 〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇〇年 〇月 〇日															
	お急ぎの場合	→ 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。															
	限度額認定証送付希望先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他〔実家・病院〕 ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください															

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい ・ いいえ

個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。
①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点
・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

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。

キオクシア健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行