

記入例

常務理事	事務長		担当

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者 (本人)	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 印	被保険者証 の記号・番号 または個人番号	1-123456
	昭和・平成 55年 4月 1日		
被保険者の 住所	〒 111-0036 東京都松が谷〇-△-□ 〇〇マンション701 電話番号 090 (〇〇〇〇) △△△△		
適用該当者 (認定証を 使用する人)	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者 との続柄	妻
	昭和・平成 60年 8月 1日		
療養予定期間 (必要期間)	平成 29年 12月 ~ 平成 30年 1月	受付月の初日より前に 遡ることはできません	
送付希望先	※被保険者住所以外に送付希望の場合のみご記入ください。・所属店舗宛 () 店 ・その他		
	〒 602-0822 京都府京都市上京区〇-△-□ 電話番号 075 (〇〇〇〇) △△△△		
申請代行者欄	※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名	印	被保険者との 関係
	電話番号	()	
申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他()		

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。

平成 29年 〇月 △日

受付日付

<注意事項>

- 有効期限が切れましたらマルハン健康保険組合までご返却ください。
- その後も必要な場合は、お手数ですが再度申請書をご提出ください。
- 非課税世帯の方は併せて「健康保険標準負担額減額申請書」と「非課税証明書」をご提出ください。

健保記入欄

区分	ア・イ・ウ・エ・オ ()	有効期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日
----	---------------	------	-------------------