

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

起案日 令和 年 月 日

常務理事	事務局長	部長	G 長	G L	扱者

ご記入は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入ください。

※上記は記入しないでください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所 名称	
	氏名			生 年 日 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	〒 ー TEL(日中の連絡先) ()			
認定対象者	認定対象者が被保険者の場合は記入不要です。				
	氏名			生 年 日 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	性別	男・女	被保険者との続柄		
送付先	上記被保険者情報の住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。				
	〒 ー TEL(日中の連絡先) ()				
	宛名				
認定証使用期間	※必ずご記入ください。申請月の初日から最長で1年間ご申請いただけます。 令和 年 月 から 令和 年 月 まで (ご記入のない場合は、受付日から最長期間ご利用いただける認定証を発行いたします。)				

<必ずお読みください>

- ◎ 認定証をご使用いただくためには、医療機関へのお支払いの前に認定証の交付を受ける必要があります。
- ◎ 認定証の発行年月日は、厚生労働省の通知により申請書が組合に「到着(受付)した日の属する月の初日」と定められています。(例えば1月20日に申請書が到着した場合、発行年月日は1月1日となります。)
- ◎ 受付日の属する月の翌月以降のご申請については、該当月の到来を待って認定証を発行いたします。

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。

令和 年 月 日

受付印

【申請書送付先】〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷2-37-9
全国設計事務所健康保険組合 給付グループ TEL03-3404-7344