

理事長	常務理事	事務長			

神戸新聞健康保険組合 理事長 様

健康保険 限度額適用認定申請書

以下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

被保険者証の記号		被保険者証の番号		事業所名	
被保険者名	Ⓜ			生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成
住所	〒 -				
電話番号 (日中の連絡先)	自宅 () -	備考			
	携帯 () -				

※ マイナンバーで申請する場合は、備考欄に記入下さい。被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

【認定対象者欄】

認定対象者名		続柄		生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和
療養予定期間	令和 年 月 から	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	「はい」の場合、第三者行為に関する別途書類の提出が必要です。健康保険組合へご連絡下さい。	

【認定証送付先記入欄】

認定証の送付先	自宅・職場・医療機関	該当に○をお願いします。 医療機関に送付希望の場合は、病院の担当者名等宛先を詳しく記入下さい。
宛先名	送付先を自宅と選択された場合は宛先名、住所の記入は不要です。	
住所	〒 -	

【申請代行者欄】 被保険者本人が申請できない場合に記入下さい。被扶養者以外の方が申請する場合は、下欄の書類を添付下さい。

申請代行者名	Ⓜ	被保険者との関係	
住所	〒 -		
電話番号	() -	備考	

※ 被扶養者以外の方が申請する際は以下の書類を添付下さい。

- ・ 被保険者との関係がわかる公的書類の写し
- ・ 申請代行者の公的書類の写し(健康保険証・免許証など)

【健康保険組合記入欄】

交付年月日	令和 年 月 日
発効年月日	平成・令和 年 月 日
有効期限	平成・令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・不該当

受付印