

# \* 健康保険 限度額適用認定 申請書 \*

常務理事	事務長	係

保険証の記号番号	※保険証の上部に、記載されています		※ 現在お持ちの方は、申請時に返却をお願い致します。		
	記号:	番号:			
被保険者	氏 名		事業所	名 称	(株)
	生年月日	昭・平 年 月 日		所 属	
適用対象者 (病院にかかの方)	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女	
被保険者の住所	〒 ( ) 電話 ( )				
限度額適用認定証の 送り先住所と“宛名” 【 勤務先 または 自宅 】	〒 氏 名 : ( ) 電話 ( )				
入院 ・ 外来	入 院 ・ 外 来 ( ○で囲んでください )				
この入院・通院は、 事故・事件によるものですか？	は い ・ いいえ ( ○で囲んでください )				
入院・通院する年月日	令和 年 月 日				
利用病院名					
病 院 住 所	〒				
病院の電話番号	( )				
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。			代理申請の方は✓	
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。			せず下記太枠内に記入してください	
	②記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考

【注意】 限度額適用認定証の有効期限は、8月31日、12月31日、3月31日のいずれかになります。

被保険者以外の方が申請する場合にご記入下さい。		申請代行の理由 <input type="checkbox"/> にレ点 その他の場合は理由を記入	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院  <input type="checkbox"/> その他 [ ]
申請代行者 氏 名			
電 話 番 号	( )		
被保険者との関係			

提出順序 : 本人 ⇒ 文化シャッター健康保険組合 ※原本を提出して下さい