

常務理事	事務長		担当

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

※マイナ保険証をご利用の方は申請不要

（医療機関によってはマイナ保険証未対応の場合があるため、事前にご確認ください）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	使用（予定）日	令和 年 月 日			
	被 保 険 者	記号－番号 (被保険者等)	－	氏 名	
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	適 用 対 象 者 (使用する方)	氏 名		被保険者との続柄	
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	限度額認定の 送付先 ※簡易書留にて送 付します。	住 所 〒	_____		
		TEL	_____		
	受取人氏名	_____			
※認定証の発行に際して健保から 確認が必要な場合があります。 対応可能な方についてご記入下さい。		※日中連絡可能な方の氏名と電話番号をご記入願います。 <input type="checkbox"/> 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 自宅 TEL _____ <input type="checkbox"/> 会社 TEL _____ <input type="checkbox"/> 携帯 TEL _____			
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					
JVCケンウッド健康保険組合 殿					
被保険者氏名					

<注意事項>

- 70歳未満の被保険者及び被扶養者（任意継続被保険者及び被扶養者）が申請できます。
- 有効期間が過ぎましたら必ずご返却をお願いします。
- 更新の場合は、再申請が必要です。更新前の健康保険限度額適用認定証を添えて申請書を提出願います。
- 被保険者等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、下部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類(例:マイナンバーカードコピー)が必要です。)

健康保険組合使用欄			
発行No.			
発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
適用区分	アイウエオ 多数該当	回収年月日	令和 年 月 日
		回収区分	回収 減失届

受付印