

常務理事	事務長		担当
※押印不要 (健保使用欄)			

被保険者 = 従業員

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 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	使用 (予定) 日	令和 XX 年 XX 月 XX 日				
		※有効期間は申請月の初日から1年間となります。なお有効期間の初日を申請月の初日より前にする事はできません。				
	被 保 険 者	記号-番号 (被保険者等)	XXX-XXXXXX	氏 名	健保 太郎	
		生 年 月 日	昭平・令 XX 年 XX 月 XX 日	性 別	男・女	
	適 用 対 象 者 (使用する方)	氏 名	健保 花子		被保険者との続柄	妻
		生 年 月 日	昭平・令 XX 年 XX 月 XX 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。	※送付先の住所・氏名等をご記入願います。 ※病院に送付を依頼される場合は、病院名・病室No.等を詳細にご記入願います。 住 所 〒XXX-XXXX XX 県 XX 市 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX TEL 0XX-XXX-XXXX 受取人氏名 健保 花子				
	※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。 応対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 健保 花子 <input type="checkbox"/> 自宅 TEL 0XX-XXX-XXXX <input type="checkbox"/> 会社 TEL _____ <input type="checkbox"/> 携帯 TEL 0X0-XXXX-XXXX			
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。						
JVCケンウッド健康保険組合 殿				令和 XX 年 XX 月 XX 日		
				被保険者氏名 健保 太郎		

連絡先は必ず一つ以上記載ください

<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	※記入不要 (健保使用欄)
適用区	
多数該当 回収区分 回収 減天届	

受付印