

健康保険 限度額 適用認定 申請書

常務理事	事務長	係員	担当者

事業主記入欄	令和 年 月 日
	事業所所在地 〒 -
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()

担当者印

健保受付印

注) 被保険者が直接、健康保険組合へ申請する場合は事業主の記入及び印は不要です。

被保険者・届出者	HOYA 健康保険組合 理事長殿									
	私（被保険者）は下記のとおり、健康保険限度額認定証発行の申請いたします。									
	なお、認定証は退院や通院が終了した場合、また有効期限の切れた場合など速やかに返納いたします。									
	当申請は被保険者が <input type="checkbox"/> 申請したもので間違いありません。 上記に☑があるときは被保険者の捺印を省略できます。									
被保険者記号	氏名 (フリガナ)	氏名 (氏)	氏名 (名)	生年月日	昭和	年	月	日		
被保険者番号	被保険者住所									

-- 被扶養者が必要な場合 --

(氏)	(名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	備考
				平成				
				令和				

-- 認定証を必要とする期間および受領方法の記入欄 --

認定証を必要とする期間 ※申請月から最長6ヶ月目の末日まで※	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
認定証受領方法 右記の <input type="checkbox"/> に レ点 をしてください。	<input type="checkbox"/> 事業主経由		<input type="checkbox"/> 自宅			<input type="checkbox"/> 勤務先				
	<input type="checkbox"/> その他		〒 -							
	連絡先電話番号		-							

-- 健康保険組合使用欄 --

健保	被保険者資格取得日				被扶養者認定日				標準報酬月額 千円	適用区分	
	昭和	年	月	日	昭和	年	月	日			
	平成				平成					イ	標準報酬月額53万円～79万円
	令和				令和					ウ	標準報酬月額28万円～50万円
	令和	年	月	日	令和	年	月	日		エ	標準報酬月額26万円以下