

コクヨ健康保険組合御中

常務理事	事務長	担当者

※マイナンバーカードを保険証として利用の場合はこの申請は不要※

健康保険 限度額適用認定交付申請書

※申請者 → コクヨ健康保険組合

①被保険者氏名		性別	② 保険証の記号・番号	
			記号	番号
③ 生年月日			④ 事業所（本籍会社）	
和暦 年 月 日				
⑤ 被保険者 住所等	〒	都道府県 市区町村 番地		
	電話番号			
⑤ 認定証交付 対象者	対象者	👉 家族の場合は下記項目も記入してください		
	性別	家族氏名	続柄	
		生年月日	和暦 年 月 日	
⑥入院（予定）期間	和暦 令和 年 月 日	～	和暦 令和 年 月 日	
⑦送付先 希望送付先に ○を記入⇒	自宅（⑤被保険者住所）へ送付		勤務オフィス	
	コクヨ健保事務所(大阪)にて引き取り			
	勤務オフィスへ送付（右の欄に勤務オフィスを記入）		所属（社内便の宛先）	
	その他 病院等（下記 住所欄に記入してください）			
	〒	送付先名		
	都道府県	市区町村 番地		
	電話番号			

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。

和暦
令和 年 月 日 提出

コクヨ健康保険組合 理事長 殿

※注意事項

- 対象者ごとに申請してください。
- 適用は健保組合に「申請書が到着した月の1日」からとなります。
- 医療機関の窓口で支払う高額療養費・自己負担限度額は、被保険者の所得区分に応じて異なります。
- 70歳を過ぎた方は該当しません。

【個人情報について】

本届書に記入された個人情報は、本届に係る業務処理の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。