

健康保険 限度額適用認定交付申請書

健康保険者証 の記号・番号	記号	※※	フリガナ	コクヨ タロウ	性別	男 ・ 女
	番号	※※※※※	被保険者 氏名	コクヨ 太郎		
資格取得年月日	※※年※※月※※日		生年月日	※※年 ※※月 ※※日		
認定証交付対象者	氏名	コクヨ 太郎		生年月日	※※年 ※※月 ※※日	
	被保険者 との続柄	本人		性別	男 ・ 女	
	入院(予定)期間	※※年※※月※※日 ~ ※※年※※月※※日				
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	住所	〒 537 ー 8686 大阪 都道府県 大阪市東成区大今里南6-1-1 Tel 090 (1234) 5678			
	<input checked="" type="checkbox"/> オフィス	★オフィス送付希望の場合、以下も記入ください 本社(大阪) SST 品川(SR) 霞が関 その他() 所属(コクヨ ※※※※本部※※部)				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">※※年※※月※※日</p> <p>コクヨ健康保険組合 理事長 殿</p>						

※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】

本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

2022. 03. 22