

健 保 記 入 欄	標 準 報 酬 月 額	千円					
	適 用 区 分			常務理事	事務長		担当
	発 効 年 月 日	令和	年	月	日		
	有 効 期 限	令和	年	月	日		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証 の記号番号	記号	100	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和	53	年	6	月	7	日
	社員番号	〇〇〇〇〇											
	被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎											
	所属会社名	株式会社〇〇〇											
	部署名	〇〇部 〇〇課 電話: 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇											
	被保険者 住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話: 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇											
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎	被保険者 との続柄	長男	生年月日	平成	10	年	1	月	1	日	
	適用対象者 住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください (※被保険者住所と同じであれば同上と記入) 電話: - -											
	用 途	入院医療費											
	入院・外来 予定期間	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日											
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	(お急ぎの場合) 令和 年 月 日 頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります												
	① 該当する住所を選択してください → 被保険者住所												
	② ①で「その他」を選択した場合 → 実家 その他の場合は、右記に記入()												
	〒 - ①で「その他」を選択した場合は、希望の送付先住所を記入してください ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください												
今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒													

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。

JERA健康保険組合

令和 〇 年 〇 月 〇 日

受付日付印