

健康保険限度額適用認定証交付申請書

Request for Issuance of a Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

※『限度額適用認定証』は、この申請書を当組合が受付した日の属する月の1日から有効となります。
 * This "Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application" shall be effective from the first day of the month during which it is received by the insurance association.

| | |
|-------|--|
| データ照合 | |
|-------|--|

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------|-------|---|------------|-----------|--------|------|---|
| 被保険者 The insured person | 申請日 Submitted | 年 Year | 月 Month | 日 Day | 保険証 Insurance Card | 記号 Code | 番号 Number | | | |
| | | 2021 | 10 | 10 | | 1 | 123456 | | | |
| | 氏名 Name | 健保 太郎 | | | 押印省略 Omitted name stamp | 元号(Era) | 年Year | 月Month | 日Day | 生 |
| | | | | | | 平成(Heisei) | 1 | 1 | 1 | |
| | 住所 Address | 〒 000 - 0000 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-15 | | | | | | | | |
| 電話番号 Phone | 999-9999-9999 | | | | 日中連絡のつけやすい番号を記入してください Fill in the contact information that is easy to contact during the day | | | | | |
| メール E-mail | kenpotaro @ aaa.bb.jp | | | | | | | | | |

* 認定証を必要とする人 Those who need a certificate

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---------|-------|---|----------------|------------|-------|--------|------|---|
| 適用対象者 Applicable Person | 氏名 Name | 健保 次郎 | | | 続柄 Relation | 元号(Era) | 年Year | 月Month | 日Day | 生 |
| | | | | | 長男 | 令和 (Reiwa) | 2 | 3 | 4 | |
| | 外来・入院予定期間 Period of time scheduled to need inpatient or outpatient care | | | | | | | | | |
| | 年 Year | 月 Month | 日 Day | ~ | 年 Year | 月 Month | 日 Day | | | |
| | 2021 | 10 | 20 | ~ | 2021 | 11 | 15 | | | |

※『限度額認定証』の有効期限は常に8月31日までです。9月1日以降は再度申請してください。

* This "Certificate of Eligibility for Maximum Amount Application" is valid until August 31st.
 Please reapply for a certificate valid after September 1st.

| | |
|--------------------|---|
| 送付先 Destination | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所に送付 Send to the address of the insured person |
| | <input type="checkbox"/> 下記の住所に送付 Send to the address below |
| | 住所 Address |
| 宛名 Name | |

| | | |
|-------|--------|-------|
| 健保使用欄 | 標準報酬月額 | 千円 |
| | 適用区分 | |
| | 発効年月日 | 年 月 日 |
| | 有効期限 | 年 月 日 |

