

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	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	社員番号							
	被保険者氏名	フリガナ						
	所属会社名							
	部署名	電話： ()						
	被保険者住所	〒 - 電話： ()						
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者氏名	フリガナ	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	適用対象者住所	〒 - 電話： () (※被保険者住所と同じであれば同上と記入)						
	用途	<input type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費 (調剤含む)						
	入院・外来予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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。							
	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他 [実家 ・ 病院] ※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? ⇒ はい ・ いいえ

備考 個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）
 ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。
 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点
 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

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。
 アダストリア健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出
 受付日付印

社会保険労務士の提出代行