常務理事	事務長	部・課長	係長	主任	主務	係員

健康保険限度額適用認定申請書

（ 新規 ・ 再交付 ・ 更新 ）

被保険者等記号・番号		123 - 456	（健保記入欄）診療時の標準報酬月額			
被保険者	氏　名	港　健太	事業所	名　称	芝浦港運株式会社	
	生年月日	S47.7.18		所在地	東京都港区芝浦○－○－○	
適用対象者	氏　名	港　優子	被保険者との続柄		妻	
	生年月日	S50.3.21				
被保険者の住所	〒 140 - 0002 東京都品川区東品川○-○ TEL 03 （△△△△）△△△△					
認定証使用予定診療月	令和 5 年 1 月 ～					
限度額認定証の送付先	1．被保険者宅　2．事業所（上記記載の所在地）　3．その他 ※○印をして下さい					
希望送付先 ※3.その他に○を付けた場合のみご記入ください。	住所	〒 -				
	電話番号	TEL （ ）				
	宛名		※本人との間柄			

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。

【留意事項】

○被保険者の住民税区分が非課税の方は、非課税証明書の添付が必要になります。

○認定証は原則、申請をして当組合が受け付けた月の初日から有効です。

○証発行は受付当日または翌営業日となります。お急ぎの場合以外のFAXによる申請はご遠慮ください。

○窓口にて自己負担限度額を支払った場合でも、別途**付加給付金を受けられることがあります。**
事業所ご担当者または当組合・給付第1係までお問い合わせください。

○記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

整理欄	
取得年月日	H･R
交付年月日	R
発効年月日	R
有効期限日	R

受付日付印