

「健康保険限度額適用認定証」申請書

No. _____

被保険者証の記号・番号	記号	番号
被保険者の氏名	(男・女)	
被保険者の生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
被保険者の住所	(郵便番号 -)	
被扶養者の入院による申請のとき		
入院する被扶養者の氏名	(男・女) 続柄 ()	
被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
被扶養者の住所 (被保険者と異なる場合のみ記入)	(郵便番号 -)	
通院・入院について		
通院・入院に係る傷病について、第三者の行為(交通事故等)によって負傷又は発病したものであるか否か	ない ・ ある → (第三者行為による傷病発生届を提出すること)	
証使用開始日	令和	年 月 日 から
事業所の名称・所在地		
名称 _____		
所在地 _____		
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。なお、有効年月日経過後は速やかに 認定証を健保組合へ返却します。 令和 年 月 日 日本特殊陶業健康保険組合御中		
所属 (本社・小牧・宮之城・伊勢・その他) _____ _____ 内線番号 (-) _____ 被保険者氏名 _____ (連絡先 - -) _____		
【添付書類について】 ◆以前、申請をされた方 証の有効年月日経過による新証発行の申請の場合は、旧証を添付してご申請ください。 ◆初めて申請をされる方 添付書類は必要ございません。		
【証の有効年月日について】 証の有効年月日は、発効年月日にかかわらず全て12月末までとなります。 有効期限経過後もしくは退院等で証が不要になった場合は速やかに健保組合へご返却ください。 有効年月日経過後、引き続き証が必要な場合は、再度申請が必要となります。		
【証の発行日について】 証使用開始月以前に申請書提出がある場合、証使用開始月の前月20日に発行し、発送いたします。 なお、証は申請書受領月の1日から有効の証を発行します。前月分等、遡っての発行は出来ませんのでご了承ください。		
連絡先 外線：052-872-5922 内線：801-2281		

健保記入欄						
受付	係	係	事務長	常務理事	標準報酬月額	級 千円
					適用区分	
					発効年月日	平成・令和 年 月 日
					有効年月日	平成・令和 年 月 日

※「日特健保プライバシーポリシー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。