

※健保記入欄

起案					
常務理事	部長	係長	係	標準報酬月額	所得区分
				千円	ア・イ・ウ・エ・ロ・ハ
発効年月日	令和 年 月 日	取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 年 月 日		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	①	被保険者証	記号・番号	・	事業所名	
		(フリガナ)				
	②	被保険者氏名				
	③	被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	④	被保険者の住所	〒 -	TEL ()		
⑤	④の住所以外の送付をご希望の場合のみ記入	〒 -	TEL ()			
			(宛名)			

⑥の該当する□にチェック (☑) をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	⑥	入院する方は被保険者本人ですか？ 被扶養者の家族ですか？	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族	→	下記⑩～⑫欄のみ記入してください。 下記⑦～⑫欄を記入してください。	
	⑦	(フリガナ) 交付対象者の氏名		⑧	被保険者との続柄	
	⑨	交付対象者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	⑩	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	⑪	傷病名は骨折やケガ等、外傷によるものですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑫	⑩で「はい」と答えた方→骨折やケガ等をした状況や理由				

◎ 認定証の有効開始月については原則、申請書が当健保組合に到着した月を基準に設定します。

◎ 限度額適用認定証の有効期限は発効月から1年間です。

例) 申請書が4月に到着 ⇒ 認定証の有効期限 4月1日から翌年3月31日まで

認定証の紛失・毀損に十分
ご注意ください、大切に保持して

医療機関との申し合わせ等により、有効開始月を申請前の月に希望される方は右記にご記入下さい。	医療機関 () との申し合わせ等により、() 月から有効の認定証を希望します。
---	---

※被保険者が入院中等により代理者が申請する場合のみ記入

事 業 主 (申 請 代 行 者) が	⑬	(フリガナ) 事業主 (申請代行者) の氏名	⑭	⑮	被保険者との関係
	⑮	事業主 (申請代行者) の住所	〒 -	TEL ()	
	⑯	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため 2 その他 ()		

上記のとおり申請いたします。