

※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・Ⅱ・Ⅰ
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 <記入例>

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 4 年 9 月 1 日

被 保 険 者 欄	①	被保険者証	記号・番号	24・1	事業所名	〇〇信用金庫／任意継続
		(フリガナ)	ケンポ タロウ			
	②	被保険者氏名	健保 太郎			
	③	被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	35 年	4 月	1 日
	④	被保険者の住所	〒540-0029 大阪府大阪市中央区本町橋1-31 TEL 06 (6942) 7070			
⑤	④の住所以外の送付をご希望の場合のみ記入	〒540-0002 大阪府大阪市中央区大阪城1番1号 ◎◎病院 TEL △△ (△△△△) △△△△ (宛名) 医事課 担当〇〇様 宛				

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 checked="" 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⑦～⑨欄を記入してください。	
	⑦	(フリガナ) 交付対象者の氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	⑧ 被保険者との続柄 妻	
	⑨	交付対象者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	35 年 10 月 10 日	⑩ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" 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 checked="" 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	買い物帰り、駅の階段でつまずき転倒。膝を骨折した。		

◎ 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、大切に保持して下さい。

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 (◎◎病院) 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	〇〇信用金庫	⑭ 被保険者との関係	事業主
	⑮	事業主 (申請代行者) の住所	〒530-0043 大阪府大阪市北区天満1丁目1-79 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	⑯	申請代行の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中につき申請出来ないため <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記のとおり申請いたします。