

※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		

《記入例》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 6 年 12 月 2 日

被 保 険 者 欄	① 被保険者	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1-1			
		〇〇病院	TEL △△ (△△△△) △△△△		
	(宛名)	維持課担当〇〇様 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 35年 10月 10日 <input type="checkbox"/> 令和	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 ()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	
	⑯ 申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記のとおり申請いたします。