

りそな健康保険組合 御中

## 健康保険 限度額適用認定申請書

下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、以下の場合、健康保険限度額適用認定証は直ちに貴組合に返却します。**

- ・ 適用対象者が資格を喪失したとき
- ・ 健康保険限度額適用認定証が不要になったとき
- ・ 健康保険限度額適用認定証の有効期限（最長1年）を経過したとき

被 保 険 者	被保険者証	記号	番号	氏名	印	
	生年月日 (西暦)	年	月	日生	性別	男 ・ 女
	住所	〒 — Tel. ( ) — ( ) — ( )				
	事業所名 所属部署名	部 ・ 支店 Tel. ( ) — ( ) — ( )				
適 用 対 象 者	1, 2いずれかを ○で囲んでくださ い。	1. 被保険者 (本人)				
		2. 被扶養者 (家族) 交付を申請する被扶養者の氏名、続柄を下欄に記入してください。				
		氏名		続柄		
認 定 証 の 有 効 期 間	いずれかを○で囲んでください。	本申請書受付月の1日から				
		3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	※ いずれにも○印がない場合は、 有効期間「3ヶ月」で発行します。	
認 定 証 の 送 付 先	1, 2, 3いづれ かを ○で囲んでく ださい。	1. 事業所				
		2. 自宅 事業所(勤務先)で受取れない場合に限り、上記住所に送付します。				
		3. その他 送付先の住所を下欄に記入してください。				
		〒 — Tel. ( ) — ( ) — ( )				
備 考						

※ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

### 【健保使用欄】

標準報酬月額	適用区分	交 付 日	認定証No.	常務理事	検印	担当者
		発 効 日				
千円	ア ・ イ ・ ウ ・ エ					