

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		○△△ - ○○△		交付事由		新規・更新	
被保険者	氏名	愛振 太郎 (印)		事業所	名称	アイフル株式会社	
	生年月日	昭和 平成 45年 5月 5日			部署名	コンタクトセンター西日本	
認定証交付対象者	氏名			被保険者との続柄		本人	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
主たる医療機関 名称・所在地		名称 ***総合病院 所在地 京都市下京区烏丸高砂町381 Tel: 000-123-4567					
交付必要期間 <small>(入院予定期間等をご記入ください)</small>		平成 XX年 XX月 X日 ~ 平成 XX年 XX月 XX日					
被保険者又は認定証交付対象者の住所及び連絡先 ※認定証は右記の住所に送付します。		〒600-0001 京都市下京区烏丸五条上ル アイフルマンション 601号室 Tel: 075-555-5555					

※	申請代行者の氏名			被保険者との関係	
	申請代行者の住所	〒 —			
	申請代行者のご連絡先	Tel: _____			
	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 (_____)			

提出日: 平成 XX年 XX月 X日

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。

- ※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。
- ※ 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入ください。
- 被保険者氏名欄は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合は、押印は省略できます。
- 認定証交付対象者欄は、被保険者が対象者の場合は記入の必要はありません。

お問合せ先: アイフル健康保険組合 京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1 Tel075-353-0211

【アイフル健康保険組合処理欄】

理事長	常務理事	事務長	係		
処 理 結 果					
発行年月日	平成	年	月	日	
交付年月日	平成	年	月	日	
有効期限	平成	年	月	日	
適用区分					

受付年月日