

# 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		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 令和	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 (入院予定期間等をご記入ください)	令和 XX 年 XX 月 X 日 ~ 令和 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	印	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: 令和 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					
交付年月日	令和	年	月	日	
発効年月日	令和	年	月	日	
有効期限	令和	年	月	日	
適用区分					

受付年月日