

常務理事	事務長		担当

事業所 健保担当者
年 月 日

## 健康保険 限度額適用認定申請書

有効期間を選んでレ印をご記入ください。

※初回の申請の方・短期期間使用の方は3ヶ月を選んでください。□有効期間3ヶ月 □有効期間6ヶ月

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	使用(予定)日	令和 年 月 日 ※使用日が予めわかっている場合はご記入願います。			
	被 保 険 者	記号-番号 (被保険者証)	-	氏 名	
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男・女
	適 用 対 象 者 (使用する方)	氏 名		被保険者との続柄	
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男・女
	限度額認定の 送付先	<input type="checkbox"/> 人事担当者 経由で 被保険者の方へ	所属及び 所在地 ビル 階		
	右記のいずれかを選 んでレ印のうえ ご記入ください	健保から直送 <input type="checkbox"/> 自宅へ <input type="checkbox"/> 病院へ <input type="checkbox"/> 勤務先へ  詳細にご記入下さい。	※送付先の住所・氏名等をご記入願います。 ご自宅以外を指定される場合は、病院名・病室No.や会社名・職場名等を 詳細にご記入願います。 住 所 〒  ☎ 受取人氏名		
※認定証を発行に際して健保から 確認が必要な場合があります。 応対可能な方についてご記入下さい	※日中連絡可能な方の氏名と電話番号をご記入願います。 <input type="checkbox"/> 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 自宅 ☎ <input type="checkbox"/> 会社 ☎ <input type="checkbox"/> 携帯 ☎				
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。 令和 年 月 日 JVCケンウッド健康保険組合 殿 被保険者氏名					

事 業 主 が 記 入	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	JVCケンウッド健康保険組合 殿			
	事業所	所在地	事業主	名称 (代理人) 氏名

### <注意事項>

- 70歳未満の被保険者及び被扶養者(任意継続被保険者及び被扶養者)が申請できます。
- 健康保険限度額適用認定証は、必ず医療機関に保険証と一緒に提示してください。
- 有効期限が来ましたら必ずご返却をお願いします。
- 更新の場合は、再申請が必要です。健康保険限度額適用認定証を添えて申請書を提出願います。
- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下部余白へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類(例:マイナンバーカードコピー)が必要です。)

受付印

健康保険組合使用欄			
発行No.		有効期間	3ヶ月 6ヶ月
発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
適用区分	アイウエオ 多数該当	回収年月日 回収区分	令和 年 月 日 回収 減失届