健康保険限度額適用認定申請書

被保険者（本人）情報	被保険者証 記号－番号	－	生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日
	氏　　名			
	住　　所 電話番号 （日中の連絡先）	〒　　－ （　　）		
申請内容	認定証が 必要な方	□被保険者（本人）　　□被扶養者（家族）		
	家族が必要な 場合はその	氏　名		生年月日　□昭和　年　月　日 □平成　年　月　日 □令和　年　月　日
	申請年月日	令和　　年　　月　　日	＊健康保険限度額適用認定証は、申請年月日の属する月の1日から6ヶ月有効です。	
	申請種別	□新規　　□継続		
	申請理由（必須）	**＊下記事由に該当しない場合はオンライン資格確認での区分照会をご利用ください** □ オンライン資格確認未導入の医療機関で使用するため □ 医療機関より紙での証提示を求められているため		
	国や市区町村の 医療助成を受け ていますか	□はい	□いいえ	
		＊はいの場合、助成内容をご記入ください ・助成の種類（乳幼児医療、障がい者医療、難病など）・・（　　） ・助成該当年月日（いつから助成を受けているか）・・（　　年　　月　）		
認定証送付先	□被保険者住所　　□所属：社内便の送付先を記入してください（　　）			
	被保険者住所・所属以外に送付を希望する場合は、以下にご記入ください。 入院等で医療機関に送付を希望する場合は、あらかじめ医療機関に了解を取ってください。 ＊●●様方、●●病院●●病棟●●号室等、詳細にご記入ください。			
	住　所	〒　　－		
申請代行者欄	被保険者以外の方が申請される場合にご記入ください。**代理申請の場合、押印は省略不可**です。			
	氏　名	印	被保険者 との関係	
	住 所 （連絡先）	〒　　－ 電話　　（　　）	代理申請 の理由	□被保険者本人が入院中のため □その他 ［　　］

※住民税非課税世帯の方は申請書が異なります。健保組合（TEL：03-3259-1524）までお問合せください

《郵送送付先》
〒101-8011
東京都千代田区神田駿河台3-9
三井住友海上健康保険組合

健保受付印

常務理事	事務長	担　当