

健康保険 限度額適用認定申請書

<健保受付>

* 限度額適用認定証の送付は、当健保に申請書が届いた日の翌実働日に発送します。
 なお、土、日、祝日等が入り、お手元に届くまでに一週間から10日ほどかかる場合があります。

* 申請様式はA4サイズで印刷してください。

		NO

<送付先> 社内便：(延岡) 旭化成健康保険組合 限度額適用認定証担当
 郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3 旭化成健康保険組合 限度額適用認定証担当
 社員の方は(☑20)
 任意継続の方は(☑21)

本人(被保険者)記入欄	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21		被保険者証の記号・番号 番号				本人(被保険者)氏名		朱肉印 ㊟	連絡先電話番号		
	<注>「06450019」ではありません！											
	勤務先(職場)		会社名 (地区)				所属(課・係名)					
	限度額適用対象者		※いずれかに(☑)をつけてください。 <input type="checkbox"/> 本人(被保険者) <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)				家族(被扶養者)の場合、 対象者の氏名					
	認定証の送付先 ※ご希望の送付先に(☑)をつけてください。		<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	※職場以外のところに送付を希望する場合は〒番号、宛名、住所、希望する理由を記入ください。 <注>限度額認定証の送付先または、申請書の不備により差し戻しをする場合の送付先は、原則職場宛とします。 < 職場以外の送付先を希望する場合の理由記入欄 >								
	郵便番号		宛名		様宛							
	住所											

本人(被保険者)以外の方が申請する場合に記入してください。

申請代行者記入	申請代行者の氏名		朱肉印 ㊟		被保険者との関係	
	連絡先電話番号					
	申請代行の理由		※いずれか該当するものに(☑)をつけてください。 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請できないため <input type="checkbox"/> その他 ()			

お問い合わせ先電話 0982-22-2900(内線892-2900) フリーダイヤル 0120-290-053
 限度額適用認定証担当

社内メール	郵送