

| | | | | | | | | | |
|-----------|--------|----|---|---|---|------|-----|--|----|
| 健康 記入欄 | 標準報酬月額 | 千円 | | | | | | | |
| | 適用区分 | ア | イ | ウ | エ | 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | 発効年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | |

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--------------|-------|------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者の 現況 | 被保険者証 の記号番号 | 記号 | 100 | 番号 | 〇〇〇〇〇 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 5 | 3 | 0 | 6 | 0 | 7 |
| | 被保険者 氏名 | ワカナ | ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所属会社名 | 株式会社〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 部署名 | 〇〇部 〇〇課 電話： 〇 3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用対象者の 現況 | 被保険者 住所 | 〒 1 5 1 - 〇 〇 5 1 | 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話： 〇 3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | |
| | 適用対象者 氏名 | ワカナ | ケンポ イチロウ 健保 一郎 | 被保険者 との続柄 | 長男 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 適用対象者 住所 | 〒 - | 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話： () | | | | | | | | | | | | | |
| | 用途 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費（調剤含む） | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・外来 予定期間 | 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額認定証 送付希望先 | お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他 [実家 ・ 病院] ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | |

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい ・ いいえ

| | |
|----|--|
| 備考 | 個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要） |
| | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |

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。

IQVIAグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行