

記入例

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 限度額適用認定証 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報	被保険者証 記号・番号	記号 ○	番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○
	住所	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都世田谷区△△ 1-2-3	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090-○○○○-○○○○	

認定対象者情報	療養を受ける方 (被保険者の場合は 記入不要)	氏名 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○
	認定証が必要 となる日付	令和 6 年 4 月 10 日	診療 入院 分より必要 備考欄

※原則、申請書受付月より前の月の認定証の交付はできません。さかのぼって申請する場合は医療機関にその旨を申し出ていただき、了承を得たうえで交付させていただきますので、確認された医療機関の方のお名前と医療機関名を「備考欄」に記入してください。

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
	住所	〒 -
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL
宛名		

申請代行者情報	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。	
	氏名	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由 ()

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 6 年 3 月 25 日

(令6.3)

社会保険労務士の
提出代行者名記載

受付日付印

郵送提出先

〒107-0062

東京都港区南青山1-15-5 パーソル南青山ビル5階
パーソルキャリア健康保険組合 宛

メール提出先

info@persol-career-kenpo.or.jp