

健康保険 限度額適用認定申請書

<健保受付印>

限度額適用認定証は、原則、当健保に申請書が届いた日の翌実働日に発送いたしますが、土・日・祝日等が重なり、お届けまでに7～10日程度かかる場合がございます。その点を予めご理解いただき、お早めにご申請くださいますようお願い申し上げます。

旭化成健康保険組合		
	NO.	

◎ 太枠内をご記入ください

記入日:		年	月	日					
本人(被保険者)記入欄	被保険者証の記号・番号				本人(被保険者)氏名			連絡先電話番号	
	記号	<input type="checkbox"/> 20	番号	ふりがな:					
		<input type="checkbox"/> 21							
	※「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) → 右欄に対象者氏名を記入			家族(被扶養者)の場合、対象者氏名			
	認定証の送付先		<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他		※ 職場以外の送付先を希望する場合 希望する理由、郵便番号・宛名・住所を下記にご記入ください。 <注>社員の方の限度額適用認定証の送付先又は不備による差し戻しの場合の送付先は、原則「職場」です。 < 職場以外の送付先を希望する場合の理由記入欄 >				
	宛先	郵便番号				宛名		様	
		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。

申請代行者記入欄	代行者氏名				ふりがな:			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()				

<問い合わせ先>

TEL: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

<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

申請書

健保使用欄	備考欄			社内便	郵送	担当印