

# 健康保険 限度額適用認定申請書

限度額適用認定証は、原則、申請書を受付後、翌実働日には  
 発送しておりますが、土・日・祝日等が重なり、お届けまでに  
 7～10日ほどかかる場合がございます。  
 その点をあらかじめご理解いただき、  
 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			
被保険者情報	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名
	記号	※「06450019」ではありません! 番号	ふりがな:
	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21		
勤務先 (任意継続の方は記入不要)		会社名 (地区: )	連絡先 (日中に連絡可能な番号) 勤務先: 自宅: 携帯:
所属(課・係名)			
対象者情報	限度額適用対象者	<input type="checkbox"/> 本人(被保険者) <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	対象者氏名 ふりがな:
	送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 ※ 在職中の被保険者(従業員)の方については、 <b>原則”勤務先”</b> に送付します。 ◎ 「自宅」、「その他」の送付先を希望の場合は、「理由」を記入のうえ、合わせて「宛先記載欄」に送付先の記載をお願いします。 <input type="checkbox"/> 自宅 {理由: } <input type="checkbox"/> その他 {理由: }	
認定証送付先情報	※ 注意事項 ※ ● マンション(アパート)名や〇号室、〇〇様方など、詳細を正確にご記入ください。 ● 医療機関へ送付希望の場合は、 <b>事前に医療機関に承諾を得たうえで</b> 、医療機関指定の送付先(担当者名など)をご記入ください。		
	自宅・その他宛先記載欄	〒 - 宛名	様
	住所		

◎ 被保険者以外の方が、代行申請する場合は下記欄もご記入ください。

代行者情報	代行者氏名	ふりがな:	被保険者との関係
	代行者連絡先(日中に連絡可能な番号)	- -	
	申請代行の理由	<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 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】 地区(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

申請書同封

健保使用欄	備考欄	社内便	郵送	担当印