

記入例

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		

社員の方は、 20
任意継続の方は、 21

不備等の場合に連絡を差し上げますので、日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。

◎ 太枠内をご記入ください

記入日: 2021 年 〇〇 月 〇〇 日		本人(被保険者)氏名		連絡先電話番号	
記号 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21	被保険者証の記号・番号	ふりがな: あさひ けん		080-****-****(携帯)	
	番号 7 1 2 3 4 5 6	社員の方は、勤務先をご記入ください。 任意継続の方は記入不要です。			
勤務先(職場)	会社名: 旭化成健康保険組合	所属(課・係名)		グループ 健診推進係	
限度額適用対象者	※ いずれかに(☑)をつけてください		家族(被扶養者)の場合、右欄に氏名をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 本人(被保険者)	ふりがな: あさひ こう			
<input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	→ 右欄に対象者氏名を記入		旭 幸		
認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 職場	※ 職場以外の送付先を希望する場合は、送付先欄の該当箇所に☑をいれ、希望理由と宛先(郵便番号、宛名、住所)を正確にご記入願います。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	社員の方で、送付先が「職場」の場合は、住所等の記入は不要です。			
<input type="checkbox"/> その他	職場以外の送付先を希望する場合は、送付先欄の該当箇所に☑をいれ、希望理由と宛先(郵便番号、宛名、住所)を正確にご記入願います。				
宛先住所	郵便番号	8 8 2 - 0 8 4 7	宛名	旭 笑美 様	
宮崎県延岡市旭町2-1-3 アサッピーハイツA505号室					
◎ 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: あさひ えみ		被保険者との関係	妻
	連絡先電話番号	0982-**-****(自宅) 090-****-****(携帯)			
	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 checked="" type="checkbox"/> その他(被保険者が単身赴任中のため)			

不備等の場合に連絡を差し上げます。日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。

<問い合わせ先>

TEL:0982-22-290

【申請書の送付先】
社員の方: 社内メール便 or 郵送
任意継続の方: 郵送

20-290-053 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

健保使用欄です。記入はご遠慮ください。

健保使用欄	備考欄	社内便	郵送	担当印

申請書