

(申請の流れ:被保険者(代理も可)⇒健保組合)

関西ペイント健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	点検	担当

限度額適用認定申請書

記号	番号	被保険者氏名			
100	9999	健保 太郎			
事業所名称	関西〇〇(株)				
事業所所在地	〇〇都△△区□□*-*-*-*				
認定証交付対象者 (療養を受ける人)	氏名	健保 太郎	被保険者 との続柄	被保険者本人 ・ 配偶者 子ども ・ 他()	
	生年月日	昭和 平成 令和	44年*月*日生	性別	男 ・ 女
	入院・通院期間(予定)	令和 1年10月1日～ 年 月 日 頃 ・ 未定			
	交通事故など第三者行為 による受診ですか? (*2)	はい ・ いいえ			
連絡先	(自宅 ・ 携帯 ・ 会社) ** — *** — ****				
「認定証」の送付先 (右記のいずれかを ご記入ください)	☐ 職場	(会社名、事業所名、所属名、グループ名など) *各事業所事務G経由となります			
	☒ 自宅	〒 *** — **** 〇〇県△△市□□町☆☆番地			

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。

- (*1) 認定証は、申請書が健保組合に到着した月の1日を発効日とし、その日から1年間の有効期間(ただし、有効期間内に任意継続の期間満了や高齢受給者になる場合はその有効日まで)の交付になります。有効期間途中で適用区分が変更となり引き続き認定証が必要な場合は、交付済みの限度額適用認定証を添付のうえ申請してください。
- (*2) 受診される傷病の原因が、交通事故など第三者行為による場合は認定証を使用していただけないため、事前に健保組合にご連絡ください。

送付先およびお問合わせ先
関西ペイント健康保険組合 適用担当 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1丁目13番1号 大阪梅田ツインタワーズ・サウス28階 TEL 06-4965-3128 FAX 06-4965-3132

健保受付印

健保組合処理欄

発送日		対象者	本人 ・ 家族	適用区分	ア イ ウ エ
-----	--	-----	---------	------	---------