健保記入欄	標準報酬月額	千円				
	適用区分		常務理事	事務長		担当
	発効年月日	令和　年　月　日				
	有効期限	令和　年　月　日				

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被保険者の現況	被保険者証の記号番号	記号		番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	所属会社名									
	部署名				電話:　　（　　）					
	被保険者住所	〒　　—								
					電話:　　（　　）					
適用対象者の現況	適用対象者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	適用対象者住所	〒　　—								
		（※被保険者住所と同じであれば同上と記入）			電話:　　（　　）					
	用途	☐ 入院医療費			☐ 外来医療費（調剤含む）					
	入院・外来予定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日								
限度額認定証送付希望先	お急ぎの場合 → 令和　年　月　日頃までの受取希望　※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。									
	☐ 被保険者住所　☐ 適用対象者住所									
	☐ その他〔 実家 ・ 病院 〕 ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。									
	〒　　—									

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。	怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか？ ⇒ はい ・ いいえ	

備考	個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し　②個人番号記載の住民票の写し　③個人番号カード(両面)の写し　のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し　のいずれか1点	

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　年　月　日提出

EAファーマ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

社会保険労務士の提出代行