

| | | | | | | | |
|-----------------------|--------|----|---|---|------|-----|----|
| 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 | フリガナ | | | | | | |
| | 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 | フリガナ | 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 | 〒 | | 電話： () | | | | |
| | 用途 | <input type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> 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

FWD生命健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

社会保険労務士の提出代行