

(健保使用欄)

常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用

標準報酬月額 (R . . . ~) 千円	
適用区分	ア・イ・ウ・エ / 現Ⅰ・現Ⅱ
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

R5.10.10

千葉県医業健康保険組合 宛

健康保険 限度額適用認定証 滅失・き損 再交付 申請書

被保険者	保険証	記号	番号	【注意】 療養を受ける方がご家族（被扶養者）の場合も、 被保険者の氏名・生年月日・住所等をご記入ください。
	氏名	フリガナ		生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒 - TEL (日中の連絡先) - -		
	勤務先名称	TEL - -		

療養を受ける方	※ 対象者が被保険者の場合は記入不要です。			
	氏名	フリガナ	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

再交付が必要な理由	滅失 ・ き損 ・ その他 () ↑ き損分は捨てずに返納してください。
------------------	--

認定証の送付先	原則、上記の被保険者住所に送付します。 (□に✓を記入)		<input type="checkbox"/> 了承しました。 <input type="checkbox"/> 【注意】を確認したうえで、下記住所に送付を希望します。	
	【注意】 ※ 入院先宛の場合、入院先に事前に送付許可を得たうえで、宛先・宛名・部屋番号をご記入ください。 ※ 実家などの個人宅宛の場合で、送付先宅と宛名の苗字が異なるときは、「様方」をご記入ください。 ※ 記入漏れ・記入誤り等があった場合は、被保険者住所に送付いたします。			
	被保険者住所以外に送るとき	送付先 (□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		送付先住所	〒 - TEL - -	
	施設名・部署名 病室番号など			
	宛名 (個人名)	(様方) 様 (被保険者との関係:)		

申請代行者	※ 被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください (□に✓を記入)。			
	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 勤務先事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 労務士 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()	

留意事項	※ 所得区分が変更になった場合は自己負担限度額が変わりますので、健保から通知があった際は、受診された医療機関等に所得区分変更の旨をご連絡ください。
------	---

／ 受付日付印 \

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。
有効期限に達したとき、被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、
そのほか健保から返納の求めがあったときは、速やかに健保宛て返納します。

申請書作成日： 令和 年 月 日

(健保使用欄)

< 提出先 >

〒260-0013 千葉市中央区中央3-10-4マキユル千葉8F 千葉県医業健康保険組合 宛

発送日