

(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        |

R4.12.1

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】<br>療養を受ける方がご家族（被扶養者）の場合も、<br>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<br>昭和・平成<br>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<br>昭和・平成・令和<br>年 月 日 ( 歳) |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>再交付が必要な理由</b> | <b>滅失</b> ・ <b>き損</b> ・ <b>その他 ( )</b><br>↑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。<br>(□に✓を記入)  |   | <input type="checkbox"/> 了承しました。<br><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。<br>※ 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。<br>※ 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。 |   |  |  |
|                   | 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<br>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<br><input type="checkbox"/> 労務士 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
|       | 電話番号<br>(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<br><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 >

〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港7-1 千葉県医業健康保険組合 宛

|     |
|-----|
| 発送日 |
|-----|