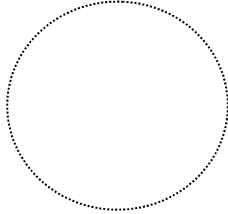


健保受付印



常務理事	事務長	係	標準報酬月額	適用区分
			千円	ア・イ・ウ・エ

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号・番号	記 号		番 号					(注)①被保険者証の記号番号を記入した場合は 個人番号の記載は不要です。 ②申請書提出は必要書類とともに健保窓口 持参もしくは書留等での送付となります。 詳しくは下記★を御覧ください。					
被保険者の 個人番号 (マ イナンバー)													
事業所名								所属					
被保険者	氏 名		(フリガナ)										
	生年月日		昭・平 年 月 日										
適用対象者	氏名		(フリガナ)						被保険者 との続柄				
	生年月日		昭・平・令 年 月 日				性別		男・女				
入院・通院 医療機関	名 称								(該当に○) 通 院 ・ 入 院				
	所 在 地								通院開始日もしくは入院日 令和 年 月 日				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

【被保険者】

住 所 _____

氏 名 _____

京阪グループ健康保険組合理事長 殿

※本申請書は、健康保険限度額適用認定以外の目的には使用いたしません。

※本申請書は、各事業所での記載内容確認は不要です。

※組合に書類をお送りいただく際、社内連絡便をご利用の場合は本書を封筒に入れ、職場庶務ご担当者にお渡しください。

また直接健康保険組合にお送りいただいても結構です。(被保険者証の記号番号で申請時のみ)

★個人番号記載注意

個人番号を記載した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口を持参するか、書留郵便等で送付してください。
なお申請書について番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番号カードか、個人番号通知カード
および写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）をお持ちください。
送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。