健康保険 限度額適用認定申請書

年　　月　　日

スズキ健康保険組合

被保険者証記号番号		ー	事業所	名　称	
被保険者	氏　名	㊞		所属または所属略称	
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		連絡先	
適用対象者	氏　名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	性　別		男　・　女
必要な期間（予定）		年　　月　　日から　　年　　月　　日までの予定 ＊未記入の方は、受付月の初日から末日までの１ヶ月間で発行します。			
療養の原因		① 業務上　② 通勤途中　③ 第三者行為（相手のいる交通事故、けんか等） ④ 病気　⑤ その他（　　） ＊①・②・③の場合は、事前に健保組合へご連絡をお願いします。			

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。

【注意事項】

a) 「必要な期間（予定)」が有効期間となりますので、必ずご記入ください。適用区分見直し時期の関係上、最長８月末までの発行となります。9 月以降も限度額認定証が必要となる場合は、再度申請書を提出願います。

b) 健保組合に届いた月より前月に遡っての発行はできません。やむを得ず、前月からの適用を希望される方は、事前に健保組合までご連絡ください。

c) 有効期限終了後 5 日以内に健保組合宛、返却願います。

d) 送付先を自宅など勤務先（所属）以外へ希望される場合は、送付先を記入した返信用封筒に 82 円切手を貼付の上、申請願います。

【連絡先】

電話 053-445-3850　　ソフトバンク携帯 080-3910-5984

各種制度説明は健保組合ホームページをご参照願います。http://www.suzuki-kenpo.or.jp/

健保組合処理欄							
	被保険者標準報酬月額　　千円						
	発効年月日	年　　月　　日	担　当	課　長	事務長	常務理事	受付印
	有効期限	年　　月　　日					
	適用区分						