

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

セールスフォース健康保険組合 理事長 殿

**※マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。**

※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	健康保険組合 記号番号	記号		番号		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	社員番号										
	被保険者 氏名	フリガナ									
	所属会社名										
	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 ( )								
			(※被保険者住所と同じであれば同上と記入)								
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 日頃までの受け取り希望 <span style="float: right;">※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。</span>										
	<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 (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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行