

健康 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	2000	番号	〇〇〇〇	生年月日	平成7年9月27日
	社員番号	△△△△					
	被保険者 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ 健保 太郎				
	所属会社名	株式会社セールスフォース・ジャパン					
	被保険者 住所	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3 電話 090 (〇〇〇〇) △△△△					
適用対象者の 現況	適用対象者 氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ	被保険者 との続柄	妻	生年月日	平成4年4月4日
	適用対象者 住所	〒 同 上 (※被保険者住所と同じであれば同上と記入) 電話 ()					
	用 途	☒ 入院医療費 ☐ 外来医療費 (調剤含む)					
	入院・外来 予定期間	令和6年12月1日 ~ 令和6年12月20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 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。						
	☒ 被保険者住所 ☐ 適用対象者住所 ☐ 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 〒 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください						

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6年12月1日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行