

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

※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	被保険者証 の記号番号	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					
適 用 対 象 者 の 現 況	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 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
			健保 花子				
適 用 対 象 者 の 現 況	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)					
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	入院・外来 予定期間	令和5年5月1日 ~ 令和5年5月20日					
	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 (被保険者証の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5年5月1日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行