

健康保険 限度額適用認定申請書

スズキ健康保険組合

年 月 日

被保険者等記号・番号	—	事業所	名 称	
被保険者氏 名	㊞		所属または所属略称	
連 絡 先	* 日中連絡がつくお電話番号(外線)をご記入ください			
適用対象者氏名		生年月日	年 月 日	
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。

マイナ保険証を利用されている方 (資格確認書をお持ちでない方) には、認定証は発行できません。

資格確認書をお持ちの方のみ認定証を発行します。

認定証は原則として被保険者の職場へ社内メール便で送付します。

【注意事項】

- 1) 「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。最長で有効期間の開始月から、1年間の発行となります。有効期間終了後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。
- 2) 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。
- 3) 有効期限終了後5日以内に健保組合宛、返却願います。

【連絡先】

電話 053-445-3850 FAX 番号 053-445-3860 ソフトバンク携帯 080-3910-5984

各種制度説明はスズキ健保ホームページをご参照願います。 <https://www.suzuki-kenpo.or.jp/>

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