【提出先】直接カネカ健康保険組合へ(株式会社カネカ 大阪本社内) 〒530-8288 大阪市北区中之島2-3-18

※メール添付不可です。原紙を提出してください

| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|------|-----|---|---|
|      |     |   |   |
|      |     |   |   |

## 健康保険限度額適用認定申請書

| 被保険者                                     | 保  | 険  | 証   | 記号                                   |                                 |                        | 番号            |      |               | 马                     | 事業                      | 所名                  | 7                                  |                          |         |                            |                           |                    |
|--|--|--|---|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------|------|---------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------|---------|----------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | 氏  |  | 名   |                                      |                                 |                        |               |      |               | 戸                     | f                       | 厚                   | nog-                               |                          |         |                            |                           |                    |
|  | 生  | 年 月  | П   | 口昭                                   |                                 | 年                      |               | 月    |               |                       | 日中の                     | 連絡兒                 | <u> </u>                           |                          |         |                            |                           |                    |
|  | 住  |  | 所   | F                                    |                                 |                        |               |      |               |                       |                         |                     |                                    |                          |         |                            |                           |                    |
| 認 定 証 適 用<br>対 象 者<br>(療養を受ける方)          |  |  | 名   |                                      |                                 |                        |               |      |               | 4                     | E 年                     | 月日                  | □ 昭和 □ 平成 □ 令和                     |                          | 年       |                            | 月                         | П                  |
|  |  |  | 柄   |                                      |                                 |                        | 場合は、<br>[長女]等 | 手を   | 認定証           |                       |                         |                     | 令和                                 | 年                        |         | 月から                        |                           | 初日より前に<br>青はできません。 |
|  |  |  |   |                                      |                                 | 明記し                    | てください         | ١    | 【 更 ?<br>お持ちの |                       |                         | 合<br>効期®            | 令和                                 | 年                        |         | 年                          | 日まで                       |                    |
| 認 定 証<br>送 付 先                           | 送  | 付  | 先   | □ ②<br>□ ③                           | 被保険る職場(勤<br>職場(勤<br>入院先日<br>その他 | 務先)                    |               | 双可能  | <b>ぎであること</b> | を確                    | 認してく                    | (ださい)               | 入してくだ                              | ださい(                     | 社内俱     | 更の場合(                      | できる宛先<br>はその旨記。<br>3方は記入: |                    |
|  |  |  |   |                                      | - 10                            |                        |               |      |               |                       |                         |                     |                                    |                          |         |                            |                           |                    |
|  |  |  | 所   | ₹                                    |                                 |                        |               |      |               |                       |                         |                     | ※希望                                |                          | はくを     |                            |                           | 所属欄に事              |
|  | 軍  | 話番   | 号   | 〒                                    |                                 |                        |               |      |               |                       |                         |                     | ※希望                                | する場合                     | はくを     | 付け、被                       |                           | 所属欄に事              |
|  | 電社   | 名・部署   | 号名  | <b>T</b>                             |                                 |                        |               |      |               | <b>万</b>              | 7                       | 名                   | ※希望                                | する場合                     | はくを     | 付け、被                       |                           | 所属欄に事              |
|  | 電社名  | 名・部 署療 機 関   | 号名名   |                                      |                                 |                        |               |      |               | 罗<br>(                |                         | 名 名 )               | ※希望                                | する場合                     | 正しく言    | さ付け、被己入してく                 |                           |                    |
|  | 電社名  | 名・部署   | 号名名   |                                      |                                 |                        |               |      |               |                       | ē                       |                     | ※希望                                | する場合                     | はくを     | さ付け、被己入してく                 |                           | 所属欄に事              |
|  | 社 医 病棟   | 名·部署療機関  | 号名名等  |                                      |                                 | <b>ごさい。</b>            |               |      |               |                       |                         |                     | ※希望                                | する場合                     | 正しく言    | さ付け、被己入してく                 |                           |                    |
| 被保険者以外                                   | 世に、一つでは、一つでは、一つでは、一つでは、一つでは、一つでは、一つでは、一つでは                   | 名·部署療機関  | 号名名等  |                                      |                                 | <b>ごさい。</b>            |               |      |               | 初                     | 個 人 安保険                 | 名)<br>(者と           | ※希望<br>業場·部                        | する場合                     | はくを正しく言 | さ付け、被己入してく                 |                           |                    |
| 送 付 先                                    | 社に医病様の方氏   | 名・部 署療機 関原・病室番号<br>が申請す  | 号名名等名名  |                                      |                                 | <b>ごさい</b> 。           |               |      |               | (<br>初<br>の           | 超人 安保険 関                | 名)<br>(者と<br>係      | ※希望<br>業場・部<br>コ 事務担<br>コ その他      | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |
| 被保険者以外                                   | 社に医病様の方氏   | 名·部署療機関  | 号名名等名名  |                                      |                                 | <b>ごさい</b> 。           |               |      |               | (<br>初<br>の           | 個 人<br>皮保険<br>)請代       | 名)<br>者と<br>係<br>行の | ※希望<br>業場·部                        | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |
| 被保険者以外                                   | 世電社の方氏日  | 名・部 署療機関<br>療・病室番<br>が申請す<br>か申請す                                  | 号名名等 名 先  | 易合にこ                                 | ご記入くだ                           |                        | 壬状等名          | をお願  | いする場          | (<br>初<br>の<br>日<br>到 | 個 人<br>安保 関<br>申請代<br>理 | 名)名と係行の由            | ※希望<br>業場・部<br>事務担<br>こでの他<br>し被保険 | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |
| 送 付 先 被保険者以外 申請代行者 ※被保険者をの 被保険者証の記号      | は電社の方氏日の続杯番号に  | 名・部 署療 機 関<br>療・病室番・<br><b>が申請す</b><br>中の連絡<br>所で確認                | 号名名<br>等<br>名<br>名<br>条<br>名<br>名<br>、<br>名<br>、<br>名<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ | <b>易合にこ</b> ない場合                     | 会は、別流                           | 金、委任                   | 人記載し          | てくださ | EU1.          | (<br>初<br>の<br>日<br>到 | 個 人<br>安保 関<br>申請代<br>理 | 名)名と係行の由            | ※希望<br>業場・部<br>事務担<br>こでの他<br>し被保険 | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |
| 送 付 先 被保険者以外 申請代行者 ※被保険者証の記号 (マイナンバーを記載  | は電社の方氏日の続杯番号に  | 名・部 署療 機 関<br>療・病室番・<br><b>が申請す</b><br>中の連絡<br>所で確認                | 号名名<br>等<br>名<br>名<br>条<br>名<br>名<br>、<br>名<br>、<br>名<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ<br>、<br>ろ | <b>易合にこ</b> ない場合                     | 会は、別流                           | 金、委任                   | 人記載し          | てくださ | EU1.          | (<br>初<br>の<br>日<br>到 | 個 人<br>安保 関<br>申請代<br>理 | 名)名と係行の由            | ※希望<br>業場・部<br>事務担<br>こでの他<br>し被保険 | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |
| 送 付 先 被保険者以外 申請代行者 ※被保険者をの 被保険者証の記号      | に 電社 後 病様 の方 氏 日 続 番 場 した 場 まました 場 ままままままままままままままままままままままままま | 名・部 署<br>療 機 関<br>原・病室番<br>が申請す<br>中の連絡<br>ででででででででである。<br>でででである。 | 号名名等 名  | <b>易合にこ</b> ない場合<br>- により申<br>- 確認、本 | 合は、別計請する場合は、保証をす                | 途、委任<br>は、備考欄<br>るための添 | の記載し          | てくださ | :い。<br>:す。)   | (<br>初<br>の<br>日<br>到 | 個 人<br>安保 関<br>申請代<br>理 | 名)名と係行の由            | ※希望<br>業場・部<br>事務担<br>こでの他<br>し被保険 | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |
| 送付先 保険者以外 申請代行者 ※被保険者証の記号 (マイナンバーを記載 備考欄 | に 電社 後 病様 の方 氏 日 続 番 場 した 場 まました 場 ままままままままままままままままままままままままま | 名・部 署<br>療 機 関<br>原・病室番<br>が申請す<br>中の連絡<br>ででででででででである。<br>でででである。 | 号名名等 名  | <b>易合にこ</b> ない場合<br>- により申<br>- 確認、本 | 合は、別計請する場合は、保証をす                | 途、委任<br>は、備考欄<br>るための添 | の記載し          | てくださ | :い。<br>:す。)   | (<br>初<br>の<br>日<br>到 | 個 人<br>安保 関<br>申請代<br>理 | 名)名と係行の由            | ※希望<br>業場・部<br>事務担<br>こでの他<br>し被保険 | する場合<br>IP署名を<br>当者<br>( | (様方     | を付け、被<br>己入してく<br>)<br>」家族 | ださい                       |                    |

- 上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。
- ※「限度額適用認定証」の発効日は、健保組合が申請書を受け付けた月の初日になります。
- ※受付月の初日より前にさかのぼって申請はできません。
- ※「限度額適用認定証」の有効期限は、最長1年間です。有効期限に達したときは認定証は必ず返却してください。
  - 又、有効期限にかかわらず、被保険者及び被扶養者の資格を喪失したとき、認定証が不要になったときは速やかに返却してください。

## 【健康保険組合記入欄】

| 発效 | 动年月 |   | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|----|-----|---|----|---|---|---|
| 有  | 効 期 | 限 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 適  | 用区  | 分 |    |   |   |   |
| 交  | 付   | 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 回  | 収   | 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |