

【提出先】 直接カネカ健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へご提出ください。

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険証の 記号・番号	記号		事業所の名称	
	番号		所属	
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男・女
	住所			
[更新の場合] 現在の認定証の有効期限		平成・令和 年 月 日		
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				
備考欄				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）。				

令和 年 月 日提出

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。

※「限度額適用認定証」の発効日は、申請書を受け付けた月の初日になります。

※「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】

発効年月日	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