

受付日付印

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	係

被 保 険 者	記号		所属	株式会社	支店・部
	番号		氏名	課 会社	
適 用 対 象 者	1. 被保険者	氏名	被保険者との続柄		
	2. 被扶養者 (どちらかに○)	性別	男 ・ 女	適用対象者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
適用対象者の住所		住所(自宅) 〒 自宅			
交付必要期間 (入院予定期間等を記入のこと)		令和 年 月 ~ 令和 年 月 ※申請書受付月より交付、前月に遡っての交付は出来ません ※交付できる期間は最長1年間となります			
送付先は原則“所属”となります 本人が入院中で所属では受け取れない場合は、送付先を右記より選択・記入してください 特例退職・任意継続の方は2・3どちらかを選択してください		1. 所属 所属内代理受取人氏名 〒 2. 適用対象者住所〔上記住所〕 3. その他(実家等)住所 〒 ※郵送は簡易書留で送付しますので受け取り出来る宛先をご指定ください			

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 年 月 日提出

送付先 SMBC日興証券グループ健康保険組合

被保険者の個人番号(マイナンバー)記載欄

(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※健保記入欄

被保険者の 標準報酬月額	千円	判 定	ア 830以上 イ 530~790	ウ 280~500 エ 260以下
発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	