

【お願い】

この申請書は、対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長		担当

派遣スタッフの方は「リクルートスタッフィング」、
任継継続の方は「任意医継続」と記入して下さい。

該当する方を○で囲んでください。

被保険者
被扶養者

限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号		25	111	事業所名称（所属する会社名）
被保険者	氏名	健保 太郎 印 健保		(株)リクルート スタッフィング
	生年月日	昭和 平成	50年 1月 1日生	
対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄
	生年月日	昭和 平成	55年	

入院等で高額療養費の支払が発生する期間を記入してください。

認定を必要とする期間
(※期間の入力は必須です。未記入の場合は発行できません)
下記申請日の属する月の初日から平成 29年 2月 15日まで
期間が未定の場合は右記にチェックを入れてください → 長期療養のため、期間は未定
※有効期限は2枚目の注意事項「限度額適用認定証の有効期限」を参照してください。

傷病の原因
外傷性疾患（ケガ・やけど等）（原因：
）
※業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガ等の場合は、健保まで必ずご連絡下さい。
上記以外（帝王切開・盲腸等）（病名または症状：出産に伴う帝王切開
）

病名が不明な場合、大まかな症状を記入してください。

病院宛にする場合は受取可能か確認のうえ、病棟・部屋番号、実家宛で姓が異なる場合は○○様方まで記入して下さい。

被保険者の住所
東京都千代田区丸の内 1-9-2
日中連絡が取れる電話番号（ 090 ） 000 - 0000

認定証送付先住所
(被保険者の住所と同じ場合は省略可)
〒530-8240
大阪府大阪市北区角田町 8-1 梅田様方 健保 花子
電話（ 06 ） 0000 - 0000

申請代行者欄 被保険者および対象者(療養を受ける方)以外が申請される場合、申請代行欄に記入をしてください。	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合にご記入下さい。		
	氏名	印	電話番号（日中の連絡先） ()
	被保険者との関係	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

上記のとおり申請いたします。
平成 29年 2月 5日 申請
リクルート健康保険組合 理事長 殿
【受付年月日】 健保使用欄
申請日の月の初日から発効。記入例の場合は平成 29年 2月 1日～平成 29年 2月 28日の認定証が交付されます。月末から入院して翌月の初めに申請する場合は入院日を記入して下さい。

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

裏面に申請先・注意事項が記載されています。必ず裏面を確認の上、申請してください。

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称(所属する会社名)
-------------	--------------	----------------

記号・番号欄に12桁の記号番号を記入してください(記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。