

【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」、任意継続の方は「任意継続」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		(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載してください。	
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 30年 12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 → <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病（ケガ・やけど等）（原因： <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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				
被保険者の住所	東京都〇〇区×× 1-2-3-102 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 大阪府大阪市北区鶴馬町 1-1-1 鶴馬病院 西病棟 401号室 電話（ 06 ）0000 -0000				
申請代行者欄	「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。				
被保険者以外が申請される場合、申請代行欄に記載をしてください。	氏名	◎	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 30年 12月 5日 申請		【受付年月日】健保使用欄	
リクルート健康保険組合 理事長 殿		申請日の月の初日から発効。記入例の場合は平成 30年 12月 1日～平成 30年 12月 31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など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記入見本

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申請する場合、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。個人番号に係わる必要提出書類の詳細は [こちら](#) をご覧ください。