

被保険者証の記号・番号・枝番に代えてマイナンバー（個人番号）を記入する場合は、記号・番号欄に記入してください。  
※別途、確認用の書類の提出が必要となります。

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」と記入してください。

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

申請日：令和 3 年 4 月 5 日

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	会社名 (株) リクルートスタッフィング
	被保険者の氏名と印	健保 太郎			生年月日 1. 昭和 50 年 1 月 1 日 生まれ 2. 平成 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 100-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3-102			日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 ( 0000 ) 0000

申請内容	認定を受ける方の氏名	健保 花子	生年月日 1. 昭和 55 年 2 月 2 日 生まれ 2. 平成 3. 令和
	認定を必要とする期間 (申請期間)	開始日 令和 3 年 4 月 1 日から	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 5 月 末日 <input type="checkbox"/> 終了日は未定 (未定の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病 (ケガ・やけど等) 原因： <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外 (帝王切開・盲腸等) 病名又は症状： 出産に伴う帝王切開	

●限度額適用認定証の郵送先が被保険者住所と異なる場合は、下記へ宛先をご記入

認定証送付先住所	〒 100-6640 東京都千代田区丸の内9-2 R病院 西病棟 401号	TEL 03 ( 0000 ) 0000
----------	---------------------------------------	----------------------

※病院の場合は、病棟・部屋番号まで、実家で表札が異なる場合は世帯主氏名をご記入ください。

●申請者が「被保険者」および「認定を受ける方」以外が申請される場合、申請代行者欄を記入してください。

申請代行者欄	代行者の氏名と印	印	TEL ( )	受付日付
	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	

※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、目的外には利用しません。