明治グループ健康保険組合理事長　殿

健康保険　限度額適用認定申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者証の記号・番号		ー	事業所名	
被保険者	氏名	㊞	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
認定対象者　※被保険者の場合は記入不要	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	続柄	
療養予定期間 （注意①）		令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	
被保険者住所		〒		
		TEL		
認定証送付先 （注意②） ※事業所経由の場合は記入不要	住所	〒		
	宛名	TEL		
＊（注意③）	申請代行者氏名	㊞	被保険者との関係	
	申請代行者の連絡先			
	申請代行の理由	1．被保険者本人が入院中で外出できないため。 2．その他　（		

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

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー（個人番号）を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元（実在）の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄	

【注意】
①認定証の発効日は当組合に申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日（1日）となります。
②認定証は所属の事業所（任意継続被保険者の方は自宅）に送付します。但し、やむをえない事情により事業所以外への送付を希望される場合にご記入ください。**事業所経由の場合は記入不要です。**
③＊欄は被保険者以外の方が代行して申請する場合にご記入ください。
④申請は交付対象者毎に行ってください。
⑤怪我や損傷等の場合は、「健康保険負傷原因届」を添付してください。

健保決裁欄				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

健保受付印

（給付様式10-1号）04.01