常務理	事務長	係

健康保険限度額適用認定交付申請書

記号－番号		―	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
被保険者	氏　名		電話番号	－　　－
	住　所	〒　　－	都道府県　　市区郡	
適用対象者（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
	被保険者との続柄		性　別	男　・　女
入院日（入院予定日）又は外来受診日		令和　　年　　月　　日		

送付先	1．社内便	（事業所名称）　　（職場名）	
	※原則社内便で送付します。社内便で受け取れない場合のみ下記を選択ください		
	2．上記住所に送付		
	3．その他	〒　　－	都道府県　　市区郡
		（宛名）　　電話　　－　　－	

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

カヤバ健康保険組合理事長　殿

付年月日受

【提出経路】　被保険者→事業担当者→カヤバ健康保険組合
被保険者→カヤバ健康保険組合（任継者のみ）

※健保使用欄

交付年月日	令和　　年　　月　　日
有効期限	令和　　年　　月　　日
適用区分	ア　イ　ウ　エ

被保険者の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記入不要です）