健康保険限度額適用認定申請書

認定証の発効日は申請書を健保組合が受付けた日の属する月の１日となります
診療月の翌月以降に申請をされた場合、診療月に遡って交付はできません

神戸製鋼所健康保険組合　　御中

保険証廃止に伴い、この申請は「医療機関がマイナンバーカードに対応していない」場合に限り申請いただけます。

◆マイナ保険証をお持ちの方は、マイナ保険証をご利用ください。
◆マイナ保険証をお持ちでない方は、医療機関の窓口にて口頭で区分確認に同意をしてください。

申請者記入欄	記号・番号（枝番記入不要）		申請日（必ずご記入ください）	令和　年　月　日	
	事業所名		所在地		
	被保険者氏名		生年月日	□昭□平　年　月　日	
	適用対象者氏名	続柄	生年月日	□昭□平□令　年　月　日	
	被保険者住所	〒　－ TEL（　）　－			
	認定証交付が必要な理由	□ 利用（予定）先の機関からマイナンバーカードに対応していないと言われた □ 上記案内を受けた機関名をお書きください【　】 □その他　【　】			
	傷病の原因について	□ 業務中や通勤中のケガや病気 → 健康保険が使えない傷病のため、事業所窓口にご連絡ください			
		□ 交通事故など、他者から負わされたケガや病気（第三者行為による傷病） → 健康保険が使えない場合があるため、神鋼健保組合にご連絡ください			
		□ 上記以外の傷病			
	認定証送付先 ※希望する送付先の□にチェックしてください	社内便で受取りができる場合はできるだけこちらを選択してください □ 職場　地区　：　事業所名　： 部・室　： □ 事業所健保担当窓口			
		□ 自宅　（上記被保険者住所）			
		住所　：　〒　－ □ その他 宛名　：			
	申請状況	通院又は入院予定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		
		今回の申請内容	□ 更新以外の申請 □ 更新申請（使用中の認定証の有効期限　令和　年　月　日）		

市町村民税が非課税の方は別様式の「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」をお使いください。

【健保記入欄】

認定証交付日	令和　年　月　日
認定証発効日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月　日
発行通番	

常務理事	事務長	ＧＲ長	担当者

標準報酬月額				
				千円
区分				
ア	イ	ウ	エ	
現役並みⅠ	現役並みⅡ			

健保受付年月日

（令和6年12月改訂）