

【提出先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町
花王G (KC社員) :大阪

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

本人：記入例

※原本は必ず健保にお送りください！

★おしらせ★

- ・お急ぎの場合は、FAXでも受付いたします。(原本は必ず花王健康保
 - ・限度額適用認定証の発効日は健保に申請のあった日の属する月の初
- ※発効年月日を遡及することはできませんので、ご注意ください。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

申請年月日 :平成 24 年 4 月 1 日

被保険者	被保険者証 記号・番号	1	123456	事業場	茅場町
	氏名	花王 太郎 <small>花王</small> <small>シャチハタ可</small>		所属	人事・総務部 人事G
	生年月日	昭・平	37 年 11 月 11 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 555-5555 千葉県柏市柏333-33		捺印漏れにご注意ください。 サイン不可。 (代理申請の場合は不要)	
適用対象者	氏名	花王 太郎		続柄	本人
	生年月日	昭・平	年 月 日	性別	男 ・ 女
利用予定日(入院の方は入院予定日)		平成 24 年 4 月 17 日			
限度額適用認定証の送付先 (該当する方にチェックをしてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所			
		<input type="checkbox"/> 上記以外(送付先) <small>〒 -</small> 被保険者住所以外に送付先の指定がある場合、 こちらにご記入ください。 病院への送付を希望する場合は、病院に郵便受付の可否と 住所をご確認の上、ご記入ください。			
(FAXで申請をされる方へ)		申請書をFAXで送付した日付をご記入ください。 ※原本は必ず健保にお送りください。			
		平成 24 年 4 月 1 日			

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者(事業主・ご家族)の氏名	※フルネームでご記入ください <small>花王</small> <small>シャチハタ可</small>	被保険者との関係	
申請代行の理由	1.被保険者本人が入院中のため 2.その他()		※代理申請の場合は、 こちらにご捺印ください。 サイン不可。

※被保険者との続柄が確認できない場合は、別途、委任状をお願いする場合があります。

【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印の確認を再度お願いします。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、事前に健保へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町 ☎03-3660-7681 内線 8-1-7681 / FAX 03-3660-7689
花王G (KC社員) :大阪 ☎06-6533-7599 内線 8-2-7599 / FAX 06-6533-7669

健保受付印	健保処理印	健保確認印

【提出先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町
花王G (KC社員) :大阪

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

★おしらせ★

- ・お急ぎの場合は、FAXでも受付いたします。(原本は必ず花王健康保険組合へ提出してください)
- ・限度額適用認定証の発効日は健保に申請のあった日の属する月の初日です。
- ※発効年月日を遡及することはできませんので、ご注意ください。

家族：記入例

※原本は必ず健保にお送りください！

健康保険限度額適用認定証交付申請書

申請年月日 :平成 24 年 4 月 1 日

被保険者	被保険者証 記号・番号	1	123456	事業場	茅場町
	氏名	花王 太郎 <small>花王</small>		所属	人事・総務部 人事G
	生年月日	昭平	37 年 11 月 11 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 555-5555 千葉県柏市柏333-33		捺印漏れにご注意ください。 サイン不可。 (代理申請の場合は不要)	
適用対象者	氏名	花王 月子		続柄	妻
	生年月日	昭平	40 年 5 月 5 日	性別	男 ・ 女
利用予定日 (入院の方は入院予定日)	平成 24 年 4 月 17 日				
限度額適用認定証の送付先 (該当する方にチェックをしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所				
	<input type="checkbox"/> 上記以外 (送付先をご記入ください)	〒		送付先宛名 <small>(被保険者名以外で送付する場合)</small>	
(FAXで申請をされる方へ)					
申請書をFAXで送付した日付をご記入ください。 ※原本は必ず健保にお送りください		平成 24 年 4 月 1 日			

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者 (事業主・ご家族) の氏名	※フルネームでご記入ください <small>花王</small>	被保険者との関係	
申請代行の理由	1.被保険者本人が入院中のため 2.その他 ()		※代理申請の場合は、 こちらにご捺印ください。 サイン不可。

※被保険者との続柄が確認できない場合は、別途、委任状をお願いする場

【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印の確認を再度お願いします。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、事前に健保へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町 ☎03-3660-7681 内線 8-1-7681 / FAX 03-3660-7689
花王G (KC社員) :大阪 ☎06-6533-7599 内線 8-2-7599 / FAX 06-6533-7669

健保受付印	健保処理印	健保確認印