

レイズネクスト健康保険組合 宛  
 FAX 045(225)9237  
 Mail info@raiznext-kenpo.or.jp

常務理事	事務長	係

### 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号	-					
	被 保 険 者	氏名					
		生年月日	年	月	日		
		会社名					
		所属部署		職場電話番号			
	適 用 対 象 者	氏名		被保険者との続柄			
		生年月日	年	月	日		
		適用対象者の住所	〒				
		受診医療機関名					
		認定証を必要とする期間 (最大 1年間)	令和	年	月	日より 令和	年
「認定証」 送付先 □にレを入 れ必要箇所 にご記入くだ さい	<input type="checkbox"/>	上記適用対象者の住所	住所 〒				
	<input type="checkbox"/>	事業所宛	事業所名				
	<input type="checkbox"/>	その他 郵送の場合	* お届け先住所をご記入ください 〒				

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。

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和	年	月	日	(受 付 印)
	発効年月日	令和	年	月	日	
	有効期限	令和	年	月	日	
	適用区分					
	備考					

**\* マイナ保険証を利用すれば「限度額適用認定証」の申請は不要です**