

資格取得日	年 月 日	区分		常務理事	事務長	担当
資格喪失日	年 月 日					

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者等の 記号・番号		被保険者の 氏 名		被保険者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者の住所	〒 TEL) - -				
被保険者の 勤務先	事業所名				
	所在地				
適用対象者	氏 名		被保険者との 続柄		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女	
認定証の提示が 必要な医療機関	名 称	* どちらかを○で囲んでください 入院 ・ 外来			
	所在地	〒			
療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 頃の予定 * 不明の場合は 令和 見込みを記入				
認定証の送付先 * 右記どちらかを 記入してください	<input type="checkbox"/> 勤務先(社内便・社内メール便) 部署名:				
	<input type="checkbox"/> 自宅(簡易書留) <input type="checkbox"/> 自宅以外(簡易書留) 〒				
令和 年 月 日 上記のとおり、健康保険限度額適用認定を申請します。 SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿 被保険者名 印					
* 申請 代行 の 欄	申請代行者の氏名	印	続柄		
	申請代行者の住所 および連絡先	〒 TEL) - -			
	申請代行の理由	1. 被保険者が入院中で外出できないため 2. その他()			

* 被保険者以外の方が申請する場合には、申請代行の欄を記入してください。

受付年月日