

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 墋の予定				*不明の場合は見込みを記入
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