

シャープ健康保険組合

健康保険 限度額適用認定申請書 (70歳未満)

マイナンバーカードを取得していない方のみ、申請してください。
(マイナンバーカードを取得している方で事情がある場合は、申請前にご連絡ください)

被保険者	保険証の記号	保険証の番号(氏名C)	氏名	勤務地・所属名	日中の連絡先
	2000	99999	健保 太郎	勤務地(堺) 〇〇事本 〇〇部	社内・直通(090) 1111 - 2222
	住所 〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町3-3-3				
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 従業員:2000 任 継:100 特 退:1000 </div> 被保険者のマイナンバー記載欄 <small>※健康証の(記号)(番号)を記入した場合は不要です</small>					

申請内容	認定証が必要な方	氏名 ※本人の場合記入不要	性別	生年月日	年齢
	本人・家族	健保 花子	男・女	昭和 平成〇〇年 6月1日 令和	43 歳
	使用開始日	2023年 5月 15日 (入院予定がある場合: 2023年 6月から入院予定)			
	ケガの場合 ※ケガに至った状況	例) 自転車で転倒して骨折 自宅の階段から転落して捻挫 など 運動中に転倒しヒザの靭帯を断裂した			<input type="checkbox"/> ケガではない
今回の傷病は、工作中や通勤途中、または相手がいる事故・けんか(第三者行為)によるものですか		<input type="checkbox"/> 工作中・通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為		<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない	

送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 職場 ・ <input type="checkbox"/> 上記本人住所 ・ <input type="checkbox"/> 以下住所 ※2日程度で発送します。可能であれば、職場での受け取りにご協力ください。				
	宛名	住所 〒	TEL	-	-

代理申請者	* 被保険者以外の方が申請される場合に記入ください	電話番号(日中の連絡先)
氏名:	(被保険者との関係:)	- -

【連絡事項等】

- * 消せないペン(ボールペン等)で記入してください。本申請書は、通常 事業主(総務部)を経由して、健保組合へ提出ください。なお急ぎの場合は、直接健保組合へお申し出頂くことも可能です。下段をご確認ください。任意継続及び特例退職被保険者の方は健康保険組合へ提出してください。(所属名は記入不要です。)
- * 個人情報、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

事業主受付日

健保受付日

【提出先・問い合わせ先】 シャープ健康保険組合 保険証・給付金担当
 〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号(東ゾーン福利厚生棟2F)
 TEL:8-578-001386(内線)、050-5530-3926(外線)
 FAX:06-6791-7309 メールアドレス:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp

常務理事	課長		担当

健保記入欄

受付 No	発行期間	区分	送付先
	新規/長期 . . . ~ . . .	ア・イ・ウ・エ・オ	事業所・所属・自宅・病院・その他