～申請書を作成される前にご確認ください～

会社PCをお持ちの方は、社内ポータルサイト内にある
「健保ワークフローシステム」より申請をお願いします。
リンクはこちら→　https://kenpo1.km.local/OnBase/home.html

以下の方は次ページ以降の申請書（紙媒体）をご提出ください。
- 会社PCをお持ちでない方
- 長期休務や休職中の方
- 海外出向者の方
- 任意継続の方

健康保険「限度額適用認定証」交付申請書

（システム申請用）

委　任　状

私は、この申請手続きを（枚方工場　総務課／玉城工場　総務課／KDJ　労務人事課／本社　人事労務課／本社　グローバル人事課）に委任する。

該当部署名を○で囲んでください

申請日(西暦)　　年　　月　　日

〒

住所

氏名　　㊞

※自署の場合、押印不要

下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。

①健康保険被保険者証の記号及び番号		記号		番号					②申請日	年　月　日
被保険者	③氏名				④生年月日			年　月　日		
⑤社員NO.										
⑥事業所	□ 京セラドキュメントソリューションズ株式会社 □ 京セラドキュメントソリューションズジャパン株式会社				⑦部署名					
被保険者以外の適用対象者	⑧氏名						⑩被保険者との続柄	□ 配偶者 □ 子 □ その他(　　)		
	⑨生年月日	年　月　日					⑪性別	□ 男 ・ □ 女		
⑫申請の原因		入院（⑭も記入）　・　通院								
⑬傷病名										
⑭入院及び入院予定年月日		年　月　日 ～　年　月　日								
送付先		①職場　②自宅								
備　考										

【注意事項】

◎この申請書は７０才未満の方が入院される（されている）場合、または高額な外来診療が発生する場合に申請してください。
◎健康保険限度額適用認定証は健保受付日の当月1日から有効となります。
◎有効期間を御確認ください。継続して必要な場合は、有効期間切れ前に申請してください。
◎必要が無くなりましたら、健康保険組合へ返却してください。

HP xls

※ 健康保険組合へ直接お送りください　〒540-8585　大阪市中央区玉造１丁目２番２８号
※ この申請書についてご不明な点があれば、
京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合まで
お問い合わせ下さい。

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合

健康保険「限度額適用認定証」交付申請書

（任意継続被保険者　申請用）

下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。

①健康保険被保険者証の記号及び番号		記号	80	番号					②申請日	年　月　日
被保険者	③氏名								④生年月日	年　月　日
住　所	〒									
電話番号							携帯電話			
被保険者以外の適用対象者	⑦氏名							⑨被保険者との続柄	□　配偶者 □　子 □　その他(　　)	
	⑧生年月日	年　月　日						⑩性別	□ 男　・ □ 女	
⑪申請の原因		入院（⑬も記入）　・　通院								
⑫傷病名										
⑬入院及び入院予定年月日		年　月　日　～　年　月　日								
備　考										

【注意事項】

◎この申請書は７０才未満の方が入院される（されている）場合、または高額な外来診療が発生する場合に申請してください。

◎健康保険限度額適用認定証は健保受付日の当月1日から有効となります。

◎有効期間を御確認ください。継続して必要な場合は、有効期間切れ前に申請してください。

◎必要が無くなりましたら、健康保険組合へ返却してください。

HP xls

※ 健康保険組合へ直接お送りください　〒540-8585　大阪市中央区玉造１丁目２番２８号

※ この申請書についてご不明な点があれば、

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合までお問い合わせ下さい。

06-6764-3614

※ 緊急の場合はＦＡＸでお送り頂き、原本を後日お送りください。

ＦＡＸ　06-6764-3649

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合

健康保険「限度額適用認定証」交付申請書

（システム申請用）

委　任　状

申請日(西暦)　　年　　月　　日

私は、この申請手続きを　枚方工場　総務課　玉城工場　総務課　東京R&Dセンター　総務課　本社　労務課　本社　労務課　本社海外人事課　に委任する。

該当部署名を〇で囲んでください

住所

氏名　　㊞

※直筆の場合、押印不要

任意継続被保険者の方は、委任状なしの申請書を利用して下さい。

下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。

①健康保険被保険者証の記号及び番号	記号		番号					②申請日	年　月　日
被保険者	③氏名					④生年月日		年　月　日	
⑤社員NO.									
⑥事業所	□ 京セラドキュメントソリューションズ株式会社 □ 京セラドキュメントソリューションズジャパン株式会社				⑦部署名				
被保険者以外の適用対象者	⑧氏名					⑩被保険者との続柄	□ 配偶者 □ 子 □ その他(　　)		
	⑨生年月日	年　月　日				⑪性別	□ 男 ・ □ 女		
⑫申請の原因	入院（⑭も記入）　・　通院								
⑬傷病名									
⑭入院及び入院予定年月日	年　月　日　～　年　月　日								
送付先	①職場　②自宅								
備　考	認定書を自宅に送付希望の場合はここに記載してください。								

【注意事項】
◎この申請書は７０才未満の方が入院される（されている）場合、または高額な外来診療が発生する場合に申請してください。
◎健康保険限度額適用認定証は健保受付日の当月1日から有効となります。
◎有効期間を御確認ください。継続して必要な場合は、有効期間切れ前に申請してください。
◎必要が無くなりましたら、健康保険組合へ返却してください。

HP xls

※ 健康保険組合へ直接お送りください
※ この申請書についてご不明な点があれば、
京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合まで
お問い合わせ下さい。

京セラドキュメントソリューションズ健康保険組合