

常務理事	事務局長	課長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者 記号番号						
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所						
交付必要期間		年 月 日 ～ 年 月 日 <small>※健保が申請書を受付けた日の属する月の1日から有効の認定証を交付いたします。 (遡っての申請は受けられません)</small>				
医療機関名称		TEL ( )				
受取方法 希望方法に○して下さい		<input type="checkbox"/> 自宅郵送   ・ <input type="checkbox"/> 社内便   ・ <input type="checkbox"/> 直接来局				

～ ケガ により 限度額適用認定証が必要な場合～	
交通事故など第三者行為による負傷ですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <small>※第三者行為による場合は別途「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。</small>
通勤途中または業務中の負傷ですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <small>※「はい」とお答えの方は労災保険の適用になりますので、健康保険は使用できません。</small>

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。

年 月 日 提出

被保険者のマイナンバー記載欄 <small>(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)</small>										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

受付年月日

郵送発送日	社内便発送日	
-------	--------	--