

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

被保険者証記号番号 (被保険者手帳記号番号)		.		
被保険者	氏名			印
	生年月日	年	月	日
適用対象者	氏名			事業所
	生年月日	年	月	日
		被保険者との続柄		
		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 ※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)		
医療機関名称		TEL ()		
受取方法 希望方法に○して下さい		自宅郵送 ・ 社内便 ・ 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 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

受付年月日

郵送発送日		社内便発送日	
-------	--	--------	--