

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		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			性別	男 ・ 女
	生年月日					
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 ()				
～ 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 ※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。				
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 ※「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。				

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; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dashed black;"></td> </tr> </table>								

受付年月日