

健康保険 限度額適用認定申請書

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。

申請日：令和 年 月 日

↓被保険者(保険証の本人)について

被保険者証 (保険証)	記号	番号	フリガナ	
			被保険者氏名	
被保険者住所	〒 —		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 / <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
電話	(日中連絡のつく番号を記入して下さい) — —			
所属部署 (任意継続被保険者は記入不要)	社名		支店または部署名	

↓認定証交付対象者について(被保険者本人の場合は記入不要)

フリガナ		被保険者との続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 / <input type="checkbox"/> 平 / <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
対象者氏名					
家族住所	(被保険者と同居の場合は記入不要) 〒 —				
電話	(日中連絡のつく番号を記入して下さい) — —				

↓必ず記入して下さい

送付先 (ご希望の送付先に ✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 事業所 (所属部署)	<input type="checkbox"/> 被保険者住所	<input type="checkbox"/> 家族住所	<input type="checkbox"/> その他 〒 —
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃まで			
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんかなど)によるものですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
国や市区町村(乳幼児・ひとり親など)による医療費の自己負担分の助成を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

【申請方法】

ご記入の上、事業所の管理担当者または健康保険組合へ提出してください。

【お願い】

以下に該当したときは、認定証の返却をお願いします

- ・有効期限に達したとき (期限後も使用する場合は再度申請してください)
- ・被保険者、または被扶養者の資格がなくなったとき

健保使用欄			健保受付印・受付番号
常務理事	事務長	担当者	