

専務理事	常務理事	事務長	業務部長	給付課長	係長	係

* 健保組合使用欄	伺年月日	平成 年 月 日	交付番号 第 号
	施行年月日	平成 年 月 日	
	有効期限	平成 年 月 日 発効、平成 年 月 日 迄	
	認定証交付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所、 <input type="checkbox"/> 事業所所在地、 <input type="checkbox"/> 窓口、 <input type="checkbox"/> その他 備考	

健康保険限度額適用認定申請書

◎申請をされる方へ…下の太枠内を記入して健保組合へ申請をおこなってください。〔03-3359-8165 給付係〕

※ 原則受付した月の1日付けで証明発効日とし交付されます、早めのご提出をお願いいたします。

被保険者氏名 生年月日	昭・平 年 月 日 ^印	被保険者証の記号と番号	
被保険者の住所	〒 TEL		
事業所の名称			
事業所の所在地	〒 TEL		
対象者の氏名 生年月日	昭・平 年 月 日	性別	続柄
		男・女	()
申請理由 (□に✓をしてください)	<input type="checkbox"/> 疾病(外来・入院 月 日) <input type="checkbox"/> 再交付(滅失・き損) <input type="checkbox"/> ケガや外傷(下記に原因及び状況を記入してください。)(外来・入院 月 日)		
ケガの場合のみ記入	負傷の日時	平成 年 月 日()曜日 午前・午後 時 分頃 イ.勤務日 ロ.休日	
	負傷場所等	イ. 出勤途中・帰宅途中 ロ. 工作中 ハ. 出張中 ニ. 自宅・アパート・寮内 ホ. 私用で外出中 ヘ. その他()	
	発生の原因・状況	何のために、何をした(している)時、どうなった。など具体的にご記入ください。	
認定証の希望送付先に ✓をしてください。	<input type="checkbox"/> 被保険者住所あて <input type="checkbox"/> 事業所あて <input type="checkbox"/> その他 [〒]		

受付日付印

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。

平成 年 月 日

東京貨物運送健康保険組合理事長 殿