

限度額適用認定申請書

事務理事	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	

○70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は、「高齢受給者証」での窓口負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。

○市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が窓口負担の軽減を受ける場合は、「標準負担額減額申請書」を提出してください。

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	東 貨 太 郎 Ⓜ・平 38年 5月 1日	1 被保険者証の記号と番号 1000 123	
被保険者の住所	〒100-0001 東京都新宿区〇〇1-1 〇〇マンション101 Tel. 03-xxxx-xxxx		
事業所の名称	(株)〇〇運送		
事業所の所在地	〒100-0002 東京都港区〇〇2-2 Tel. 03-xxxx-xxxx		
対象者の氏名 生年月日	2 東 貨 美 子 Ⓜ・平 40年 9月 5日	性別 男・♀	続柄 (妻)
申請理由 (□に✓をしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病(外来・入院 6月10日) <input type="checkbox"/> 再交付(減失・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.仕事中 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 ✓をしてください。	<input checked="" 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 24年 6月 2日

東京貨物運送健康保険組合理事長 殿

1 被保険者証に記載されている記号・番号を記入してください。

2 対象者の氏名(本人または被扶養者家族)等について記入してください。

3 「その他」にチェックした場合は、送付先を正確に記入してください。なお、記入の不備等により書類をお返すする場合もこの送付先にお送りしますので、十分注意してください。