

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	同 年 月 日	令和 年 月 日	交付番号
	施行年月日	令和 年 月 日	第 号
	有効期限	令和 年 月 日 発効、令和 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。

【マイナ保険証を利用すれば申請は不要となります。マイナ保険証をぜひご利用ください】

被保険者氏名 生 年 月 日	東貨 太郎 昭・平・令 48年 4月 23日	被保険者等記号・番号	
		1000	123
対象者 (病院にかか る方) 氏名・生年月日	東貨 花子 昭・平・令 50年 6月 18日	性別	続柄
		男・女	(妻)
事業所名称	(株)〇〇運送		
送付先は一カ所のみ 記入し☑を入れてくだ さい (2カ所以上記入しな いでください)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 〒160-0000 新宿区四谷〇-〇-〇 ヨツヤマンション〇〇〇号室 TEL 03-〇〇〇〇-XXXXX		
	<input type="checkbox"/> 事業所住所 〒 TEL		
	<input type="checkbox"/> その他(宛名を必ず記入してください) 宛名 〒 TEL		
申請理由 (必ず☑をしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病(外来・入院 12月 15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・令 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. 自宅 ニ. 私用で外出中 ホ. 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。	

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。

令和 6年 12月 2日