

常務理事	事務長	担当

健康保険 限度額適用認定 申請書

申請日：令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生まれ
	被保険者の住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申請内容	認定を受ける方の氏名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生まれ
	認定を必要とする期間 (申請期間)	開始日 令和 年 月 1日から	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日まで <input type="checkbox"/> 終了日は未定(未定の場合は <input checked="" type="checkbox"/>)
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) [原因:] ※業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガの場合は、健保まで必ずご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 上記以外(帝王切開・盲腸等) [病名又は症状:]	

●限度額適用認定証の郵送先が被保険者住所と異なる場合は、下記へ宛先をご記入ください。

認定証送付先住所	〒	TEL ()
※病院の場合は、病棟・部屋番号まで、実家で表札が異なる場合は世帯主氏名をご記入ください。		

●申請者が「被保険者」および「認定を受ける方」以外の場合、下記へご記入ください。

申請代行者欄	代行者の氏名と印	印	日中連絡が取れる電話番号 TEL ()
	被保険者との関係	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 []

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。