

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

申請者記入欄	被保険者証 記号 番号		記号			番号			
	被 保 険 者	氏 名	⑩		事業所	名 称			
		生年月日	昭・平・令	年 月 日	事業所	所 在 地			
	適 用 対 象 者	氏 名			被保険者との続柄				
		生年月日	昭・平・令	年 月 日	年 齢	歳	性別	男 ・ 女	
	被保険者(適用対象者)住所		〒 -						
	連 絡 先		電 話 番 号	自 宅 ( )		-		職 場	外線 (内線 )
	傷 病 名								
	負 傷 の 原 因		上記の傷病名が外傷性の負傷(骨折、捻挫、打撲など)のときは、別途「調査書」を提出(初回申請時)してください。外傷性の負傷以外の傷病名は提出の必要はありません。						
	第三者の行為 (交通事故等)による負傷ですか		いいえ・はい	* 第三者の行為による場合は、別途「第三者行為の届出」を提出してください。					
療養をする保険		名 称							
医 療 機 関 等		所 在 地							
療養見込期間		令 和 年 月 日 か ら				入 院			
		令 和 年 月 日 ま で				通 院 日間			

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。

<健康保険組合使用欄>

決 裁 年 月 日	年 月 日
発 行 月	月 度
標 準 報 酬 月 額	千 円
所 得 区 分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

対象者の保険証カード写し添付欄