

A4 縦で出力してください。

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

被保険者証 記号 番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇
被保険者	氏名	共同 太郎 (印)	事業名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日	事業所在地	〇〇県〇〇市〇〇町
適用対象者	氏名	同上	被保険者との続柄	本人
	生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	〇〇 歳 性別 (男) ・ 女
被保険者(適用対象者)住所		〒〇〇〇- 〇〇〇〇 △△県△△市△△町		
申請者記入欄	連絡先	電話番号	自宅 (〇〇) 〇〇〇〇- 〇〇〇〇	職場 外線 (内線 〇〇〇〇)
	傷病名	右足首骨折		
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。		
療養をする保険医療機関等	名称	〇〇整形外科		
	所在地	××県××市××町		
療養見込期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から	入院	〇〇 日間	
	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで	通院	〇〇 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

上記「適用対象者」の保険証写しを貼り付けてください。