

・A4サイズ縦向きで出力してください
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

| | | |
|------|-----|-----|
| 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

| | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|----------------------------------|----|--------------|-------------------------|----|----|----|
| 申請者記入欄 | 被保険者証 | 記号 | 〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | | | | |
| | 被保険者 | 氏名 | 共同 太郎 | | 職場名 (勤務地) | 〇〇〇〇株式会社 〇〇事業部〇〇部〇〇課 | | | |
| | | 生年月日 | 昭平令 | 〇年 | | 〇月 | 〇日 | | |
| | 適用対象者 (医療を受ける人) | 氏名 | 共同 花子 | | 被保険者との続柄 | 妻 | | | |
| | | 生年月日 | 昭平令 | 〇年 | 〇月 | 〇日 | 年齢 | 〇歳 | 性別 |
| | 被保険者住所 | 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 日中連絡のつく電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | | | | | |
| | 傷病名 | 〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | |
| | 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、初回申請時のみ「傷病発生原因調査書」も併せてご提出ください。同一原因の負傷による2回目以降の申請の場合、または負傷以外の傷病による療養の場合は、調査書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 | <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ <input type="radio"/> はい | *「はい」の場合は、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 | 〇〇〇〇病院 | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 | | | | | | | |
| 療養見込期間 | 令和 〇年 〇月 〇日から | 療養見込期間は必ずご記入ください。 *限度額適用認定証の有効期間は【「療養開始日の属する月の1日」から「療養終了日の属する月の末日」まで】となります。 *清算済の医療費は、医療機関窓口での限度額適用とならない場合があります。超過支払分は後日健保より還付いたします。 *療養見込期間が半年以上の場合、健保の判断で、療養見込期間の途中で認定証の有効期限を区切って発行いたします。 | | | | | | | |
| | 令和 〇年 〇月 〇日まで | | | | | | | | |
| 限度額適用認定証の送付先 | 自宅住所(郵送) ・ <input checked="" type="radio"/> 被保険者職場(社内便・工場便) ・ 入院先(上記医療機関) ・ その他 | 〔 病棟・病室等名称: 〕 ・ 〔 〕 | | | | | | | |

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 |

適用対象者の
保険証カード写し添付欄

※必ず添付してください。