

常務理事	事務長	担当者

事業所担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者証	記号		番号	
	氏名	フリガナ	生年月日		
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒	-	TEL	- -
事業所名称					
事業所所在地					
適 用 対 象 者	療養を受ける方の氏名	フリガナ	生年月日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 令和		
	第三者行為による傷病ですか？	<input type="checkbox"/> 1. はい ※ 第三者行為（交通事故等）による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 2. いいえ			
療養予定期間	<input type="checkbox"/> 1. 入院 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 通院				
送付希望先	※ ご希望の送付先にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1. 事業所宛 : 担当者に送付いたします。 緊急の場合 <input type="checkbox"/> 2. : 被保険者住所に送付いたします。 <input type="checkbox"/> 3. : ご指定の住所に送付いたします。				
	宛名				
	住所	〒	-		

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 年 月 日

- 【注意事項】
- 認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
  - 申請書受付月以前の認定証は交付できませんので、ご了承ください。

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		適用 区分	

受付印