

記入例

J S R健康保険組合 御中

※この申請書は、対象者毎に提出して下さい。

係	事務長	常務理事
押	印	不 要

健保組合へ提出する日を記入して下さい。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

押印を忘れずに

保険証を見て記入して下さい。の交付を申請します。 申請年月日 令和 **年 **月 **

被保険者証の記号番号	記号 **	番号 ****	被保険者氏名	健保 太郎			
被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 *年 *月 *日 <input type="checkbox"/> 令和	事業所名称	〇〇〇株式会社	連絡先(内線)	****-****		
被保険者の住所	〒 *** - **** 三重県四日市市〇〇町****			任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。	任意継続の方は、記入不要です。		
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者の続柄	妻	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	〒 - 同上		公費該当の場合、自己負担限度額の申請をしなくても限度額が適用される場合があります。詳しくは公費の実施機関へお問い合わせ下さい。			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 *年 *月 *日 <input type="checkbox"/> 令和	公費該当	自己負担額について、国・地方自治体で助成を受ける資格がありますか? <input type="checkbox"/> あり(公費の名称:) <input checked="" type="checkbox"/> なし			
療養予定期間	*認定証の発効年月日は、原則として申請書受付日の月初からとなります。 *有効期限は最長1年です。ただし、未定の場合は6ヶ月間で発行いたします。 令和 **年 *月 ~ 令和 **年 *月 / 未定						
認定証の希望送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: Y*** エリア: A93) <input type="checkbox"/> 社外便(事業所住所) <input type="checkbox"/> 被保険者の住所へ郵送(配達記録) <input type="checkbox"/> 適用対象者の住所へ郵送(配達記録) <input type="checkbox"/> 直接健保事務所へ来所			所属:)			

療養予定期間は申請月から最長1年間の範囲で記入して下さい。
 ・未定の場合は6ヶ月間で発行させていただきます。最長で発行して欲しい方は、1年の期間を記入して下さい。
 ・有効期限が過ぎてからも認定証が必要な場合は、再申請して下さい。

わかっている場合のみ記入して下さい。

骨折・捻挫等ケガの場合は、以下も記入して下さい。

負傷年月日	令和 年 月 日 (曜) 午前 時 分頃 午後	事故発生場所
負傷原因	<input type="checkbox"/> 相手のいる交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故(自己の運転操作誤り) <input type="checkbox"/> 自己の転落・転倒等によるケガ <input type="checkbox"/> スポーツによるケガ <input type="checkbox"/> その他	負傷状況(詳しく)

<注意事項>

発病又は負傷の原因が、業務上又は通勤途上の事故による場合は、労災保険からの給付の対象となるため、この限度額適用認定証の交付申請はできません。また、第三者の行為により被った傷病についてこの証の発行を希望する場合は、ご申請の前にもご連絡下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

骨折、捻挫、挫傷、打撲など「ケガ」による場合は、高額療養費・付加給付等支給対象有無の確認が必要となりますので、必ず記入して下さい。

健保受付日付印
