

係	事務長	常務理事

※この申請書は、対象者毎に提出して下さい。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

下記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。

申請年月日				令和 年 月 日			
被保険者証の記号番号		記号	番号	被保険者氏名		①	
被保険者の生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		事業所名称		連絡先(内線)	
被保険者の住所		〒 -		電話			
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
	住所	〒 -		電話			
対象者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		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 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。					
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ものですか？						はい ・ いいえ	
第三者の行為(交通事故・けんか等)又は自損事故によるものですか？						はい ・ いいえ	
認定証の希望送付先		<input type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: エリア:) <input type="checkbox"/> 社外便(事業所住所: 所属:) <input type="checkbox"/> 被保険者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 適用対象者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 直接健保事務所へ来所					

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>

(R元.5)

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、ご申請の前にまずご連絡下さい。

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

◎健保処理欄

交付年月日	令和 年 月 日	認定証	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;"> 健保受付日付印 </div>
発効年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 回不	
有効期限	令和 年 月 日	受領印	
適用区分	月額 千円	ア・イ・ウ・エ 現Ⅱ・現Ⅰ	