

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者等の記号番号	記号	事業所名					
	番号	部署名	電話				
被保険者氏名	フリガナ	被保険者との続柄	生年月日	昭和	年	月	日
			平成				
被保険者住所	〒		電話 ()				
認定対象者氏名	フリガナ	被保険者との続柄	生年月日	昭和	年	月	日
			平成	令和			
外来・入院	1. 外来 2. 入院 (入院予定期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)						
傷病原因	1. 骨折やケガ等外傷性によるもの 2. 「1」以外によるもの						
負傷原因	※「1.骨折やケガ等外傷性によるもの」の場合、「負傷原因」欄をご記入ください。						
	負傷した日時	令和 年 月 日					
	負傷した状況	1. 工作中 2. 通勤・通学の往復中 3. 交通事故等 4. その他 (自宅・学校・)					
	どこで	(自宅のそばの路上で等)					
	何をしているとき	(自転車を走行中等)					
	体のどこを	(右腕を等)					
どのように負傷したか	(転倒して負傷した等)						

認定証送付先	1. 事業所部署へ送付 (社内送達) 2. 被保険者住所へ送付 3. その他住所へ送付						
	※「3.その他住所へ送付」を希望する場合、住所をご記入ください。						
	〒						

※被保険者、認定対象者以外の方が申請する場合、「申請代行」欄をご記入ください。

申請代行	氏名		被保険者との続柄			
	住所	〒				
	代行理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()				

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】 * 「健康保険限度額適用認定証」は、使用終了後に、必ずご返却ください。

健保記入欄	標準報酬月額						千円
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	
	発効年月日	令和	年	月	日		
	有効期限	令和	年	月	日		

受付日付印