

常務理事	事務長		担当

健康保険限度額認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者証		記号		番号		
被保険者	所属			日中連絡のとれる電話番号	TEL ー ー (内線)	
	氏名			生年月日	S・H 年 月 日	
	住所	〒				
対象者	氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日	
	傷病名(任意記入)	外傷(怪我)の場合は、下記※に具体的状況を記入			被保険者との続柄	被保険者の場合「本人」と記入
	入院期間(予定)	R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
	手術日(予定)	R 年 月 日 ・ 手術なし				
※外傷の場合のみ 具体的状況記入	負傷した日	R 年 月 日	負傷した場所			
	発生状況					
(注)業務上、通勤中の怪我や病気は労災適用のため対象になりません						
(注)傷病の原因が第三者行為によるものである時は、別途届が必要ですので、事前に当組合まで連絡ください						
医療機関	名称					
	所在地	〒				
認定証送付先 ・当組合に受取に 来れない方のみ記入	上記自宅 ・ 上記病院 * 医事課宛 等宛先記入 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。

また、交付された認定証は、有効期限経過後速やかに健保組合へ返却いたします。

【健康保険組合記入欄】

受付日付印

交付事由	有効期限
適用・適用区分変更 更新・再交付	令和 年 月 日まで