

常務理事	業務部長	課長	係長	係

健康保険 限度額適用認定申請書

下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。

平成 年 月 日

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	(記号) (番号)	2	事業所名称		
	3	被 保 険 者 の 氏 名					印
	4	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日				
	5	被 保 険 者 の 住 所	〒 都道 府県	TEL (日中の連絡先) ()			
	6	送 付 希 望 先 上記「5」と 別の住所に送 付を希望する 場合のみご記 入ください	住所 〒 都道 府県	TEL (日中の連絡先) ()			
		宛名					※勤務先や入院先等で被保険者本人以外の場合は担当者名様宛

適 用 対 象 者 欄	7	療 養 を 受 け る 方 の 氏 名		8	被 保 険 者 と の 続 柄	
	9	療 養 を 受 け る 方 の 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
	10	療 養 に か か る 予 定 期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
	※限度額認定証は、予定期間を確認の上、最大1年間の有効期限を設定し交付します。 予定期間が未記入の場合は、有効期限を申請受理月の翌月末日といたしますのでご注意ください。					
11	傷病原因は第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか				はい ・ いいえ	

※健保組合に申請書が届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合（月末が近い場合）は、当組合への到着日にご注意ください。

※「限度額適用認定証」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送（普通郵便）を行います。速達による発送を希望される場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）の添付をお願いいたします。

健 保 組 合 記 入 欄	交 付 年 月 日	平成 年 月 日	受 付 印
	発 効 年 月 日	平成 年 月 日	
	有 効 期 限	平成 年 月 日	
	標 準 報 酬 月 額	千円	