

専務理事	常務理事	事務長	業務部長	給付課長	係長	係

*健康組合使用欄	伺年月日	令和 年 月 日	交付番号	
	施行年月日	令和 年 月 日		第 号
	有効期限	令和 年 月 日 発効、令和 年 月 日 迄		
	認定証交付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 事業所所在地 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他 備考		

健康保険限度額適用認定申請書

・申請をされる方へ…下の太枠内を記入して健康組合へ申請をおこなってください。[03-3359-8165 給付係]
 ・原則受付した月の1日付けで証明発効日とし交付されます、早めのご提出をお願いいたします。

【マイナ保険証を利用すれば申請は不要となります。マイナ保険証をぜひご利用ください】

被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の記号と番号	
対象者 (病院にかかると方) 氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	続柄
		男・女	()
事業所名称			
送付先は一カ所のみ 記入し <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	<input type="checkbox"/> 被保険者住所	〒 TEL	
	<input type="checkbox"/> 事業所住所	〒 TEL	
	<input type="checkbox"/> その他(宛名を必ず記入してください) 宛名	〒 TEL	
申請理由 (必ず <input checked="" type="checkbox"/> をしてください)	<input type="checkbox"/> 疾病(外来・入院 月 日) <input type="checkbox"/> 再交付(滅失・き損) <input type="checkbox"/> ケガや外傷(下記に原因及び状況を記入してください。)(外来・入院 月 日)		
ケガの場合のみ記入	負傷の日時	平・令 年 月 日()曜日 午前・午後 時 分頃 イ.勤務日 ロ.休日	
	負傷場所等	イ.出勤途中・帰宅途中 ロ.仕事中 ハ.自宅 ニ.私用で外出中 ホ.その他()	
	発生の原因・状況	何のために、何をした(している)時、どうなった。など具体的にご記入ください。	

.....受付日付印.....

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