

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	被保険者証の 記号番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	申 請 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名 健保 太郎	生年月日		昭和 平成	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 □□市□□区□〇丁目〇〇番〇〇号 □□マンション〇〇号室 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			

適 用 対 象 者	氏名 健保 花子	続 柄 妻	生年月日	昭和 平成 令和	受付月の1日から最長1年間
	交付期間 (入院予定期間などをご記入ください)	受付月の1日から有効 申請月前に遡る申請不可		令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	傷病原因 傷病原因が外傷の場合は 右の負傷状況欄にも ご記入ください。	負傷 状況	負傷時 原因 具体的 な状況	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産 <input checked="" type="checkbox"/> 外傷(骨折、捻挫などのケガ) <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 相手方による負傷(交通事故、けんかなど) <input checked="" type="checkbox"/> 相手方なし (いつ、どこで何をしている時に、どのように負傷したか詳しく) 〇月〇日、市民テニスコートで練習中に転倒し、左足首を骨折	

※被保険者の「住所」以外に送付する場合にご記入ください。

届け先	<input type="checkbox"/> 下記申請代行者 <input type="checkbox"/> 会社の人事担当者(様) <input checked="" type="checkbox"/> その他(実家、病院等)
送付住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 □□市□□区□〇丁目〇〇番〇〇号 □□マンション〇〇号室 大和様方 健保 花子 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

※自宅以外に送付する場合、宛名には、勤務先の部署名や、病院名、実家の氏名など詳しくご記入ください。

申 請 代 行 者	氏名 健保 花子	被保険者 との関係	妻
	連絡先 自宅 携帯	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	代行理由

上記のとおり健康保険 適用認定証の交付を申請します。

※住民税が 緊急入院などの理由で、被保険者本人が 記入できない場合 適用・標準負担額減額認定申請書」を
ご提出ください

健康保険組合処理欄

発行年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	受付
有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日				
適用区分	ア・イ・ウ・エ				