常務理事	事務長	事務長代理	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

（新規・更新）

保険証 記号		事業所名称			
保険証 番号		事業所所在地			
被保険者	氏　名				
	生年月日	年　月　日			
適用対象者	氏　名		性 別	男・女	
	生年月日	年　月　日	続 柄		
	住　所	＜被保険者と同居の場合、記入は不要です。＞ 〒　－			
希望有効期間	年　月～　年　月　＜ただし最長12ヶ月まで＞				
送付先	1. 自宅 2. 会社（住所　）				

▼ 下記の質問にご回答をお願いします ▼

①入院予定の有無	1. なし　2. あり 【　年　月　日頃～　年　月　日頃 ・（未定）】
②申請理由	1. 病気　2. 交通事故 【 自損・加害者・被害者 】 3. けが （交通事故を除く） 【 仕事中・出勤/退勤中・出張中・運動中・家庭内・その他（　）】
③負傷状況 （原因）	＜②で「2」、「3」の方は必ず記入してください。＞

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。

年　月　日

〒　－

住所

被保険者　電話

氏名　㊞

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

【注意事項】

1. 労災・通勤災害・交通事故等、第三者行為による負傷の場合は、健康保険および認定証が使えない場合があります。
   後日、負傷について別の書類の提出が必要になります。
2. 「希望有効期間」は、認定証が必要な期間を記入してください。ただし、最長で12か月といたします。
3. 当健保組合でこの申請書を受付した月の1日を認定日といたします。　（例：6月の受付で、5月からの認定はできません。）
   なお、資格取得月又は扶養認定月に受付をした場合は、それぞれ資格取得日又は扶養認定日からの認定になります。