

常務理事	事務長		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	昭和・平成	年	月	日
適用対象者	氏 名			性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	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. 妊娠・出産 2. 病気【 】 3. ケガ【 運動中 交通事故 仕事中 出勤/退勤中 その他( ) 】				
③負傷状況 (原因)	<上記で「3」の方は、負傷時の詳細な状況を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。					
令和 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)																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

### 【注意事項】

- 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。
- 「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。
- 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。