

健保 使用 欄	承認 ・ 不承認	区 分	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
		被保険者・被扶養者					
	発効年月日	所得区分					
	年 月 日		不 承 認 理 由				
	交付年月日	標準報酬月額					
年 月 日	千円						

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名		印 <small>(回転印不可)</small>	性別
被保険者の住所	〒 _____		Tel _____		生年月日	(和暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日		
被扶養者が使用する 場合	氏名			性別	続柄	生年月日	(和暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日	
	被扶養者の住所 (被保険者と異なる場合)		〒 _____					
入院・外来の別 (該当箇所に「レ」を入れてください)								
入院	<input type="checkbox"/> (和暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日より入院予定							
	<input type="checkbox"/> (和暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日 退院予定				<input type="checkbox"/> 退院日未定			
		◇有効期限は退院予定日の翌月末				◇有効期限は入院日から3ヵ月後の月末		
外来	<input type="checkbox"/> (和暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日より ◇有効期限は発効月から3ヵ月後の月末							
傷病の原因について (該当箇所に「レ」を入れてください。必要に応じて追加書類の提出をお願いします)								
<input type="checkbox"/> 内科疾患等の病気・出産			<input type="checkbox"/> 通勤途上・工作中的のケガ					
<input type="checkbox"/> 外傷性のケガ (骨折、捻挫、打撲等)			・・・【追加提出書類】傷病原因届					
<input type="checkbox"/> 第三者行為によるケガ (交通事故等)			・・・【追加提出書類】第三者行為による傷病届					

【注意事項】

- ◎「限度額証」の発効年月日は、原則当組合が受付した日の属する月の初日となります。
- ◎有効期限を越える場合は、交付済みの「限度額証」を添えて改めて申請してください。
- ◎「限度額証」が不要になった際は必ず返却してください。
- ◎70歳以上の方で、高齢受給者証が「2割負担」の方は申請不要です。

受付日付印