

健康 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	1 0 0	番号	1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	健保 組男	健 保 <small>(国庫印可)</small>	性別	男				
被保険者の住所	〒	1 2 3 - 4 5 6 7			生年月日	(和暦)							
	東京都江東区豊洲8丁目10番10号					× ×	〇〇	年	5	月	5	日	
Tel		0 3 - 2 2 2 2 - 4 3 2 1											
被扶養者が使用する場合	氏名	健保 組子			性別	女	続柄	妻			生年月日	(和暦)	
	被扶養者の住所 (被保険者と異なる場合)		〒 -										
(被保険者と異なる場合のみ記入)													
Tel													
入院・外来の別 (該当箇所「レ」を入れてください)													
入院	<input checked="" type="checkbox"/>	(和暦)	× × 〇〇 年 5 月 1 日 より入院予定										
	<input type="checkbox"/>	(和暦)	年	月	日	退院予定	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	(和暦)	× × 〇〇 年 6 月 1 0 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「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 checked="" 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