

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号		番号				
	被保険者	氏名	⑩					
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	事業所	名称						
		連絡先	内線	—	自宅	— —		
	適用 対象者	氏名				被保険者 との続柄		
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
		住所	〒 — — — —					
	認定証を 提出する 医療機関	名称						
		療養 予定期間	令和	年	月	日～	種別	入院 通院
申請理由は、 けがによるものですか		いいえ						
		はい ⇒	第三者の行為ですか (交通事故・けんか等)		はい ⇒	健保へ連絡下さい。		
		いいえ ⇒	『負傷原因調査書』も併せて提出下さい。					
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。								
太陽誘電健康保険組合 殿 令和 年 月 日								

※発行できる最長有効期限は8月末迄です。有効期限以降も必要な場合は、再度申請をお願いします。

事業主担当者印

健 保 組 合 記 入 欄	常務理事	事務長	担当	健保受付印
	認定証交付日	令和	年 月 日	
	有効期限	令和	年 月 日	
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・()		
	送付先	会社(事業主・本人)・自宅		

*提出経路 【 本人記入 ⇒ (事業所担当者) ⇒ 健保組合 】