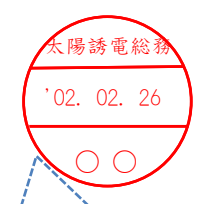


健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	2	番号	12345						
	被保険者	氏名	健保 太郎				(健保)				
		生年月日	昭和 平成	50	年	4	月	1	日		
	事業所	名称	太陽誘電(株) 玉村工場								
		連絡先	内線	832 - ***		自宅	027 - 333 - 4444				
	適用対象者	氏名	健保 太郎				被保険者との続柄	本人			
		生年月日	昭和 平成 令和	50	年	4	月	1	日	性別	(男)・女
		住所	〒123-4567 群馬県高崎市〇〇町123-4								
	認定証を提出する医療機関	名称	〇〇総合病院								
		療養予定期間	令和	2	年	2	月	20	日～	種別	(入院)
	令和	2	年	4	月	30	日迄	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 2 年 2 月 26 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

事業主経由の場合、各事業所受付担当の方が押印またはご記入下さい。事業主を通さず、直接健保へ提出でも良い。

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 】