

常務理事	事務局長	リーダー	担当

健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日提出

被保険者証 記号 - 番号	—	被保険者氏名	Ⓔ
認定証が必要な方の 氏名・続柄・生年月日	氏名	続柄	昭・平・令 年 月 日生
日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL:	— —
勤務先 (任継・特退の方は記入不要)	会社名:	CO-MAIL宛先(地域コードから正確にご記載ください。)	
	所属:		
申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 延長申請	
療養予定期間(※)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	※記載が無い場合、発行期間は原則 受付月の1日から3ヶ月間としますが、 ご希望に添えない事もあります。	
注) 過日の申請はできません。必要な場合はJAL健保までお問合せ下さい(03-5756-3864/3865)			

送付先住所	〒 —	_____
		(TEL: — —)
		宛先: _____
※送付先が自宅以外の理由: (_____)		

<限度額適用認定証の送付先について>

- ・社内メールでの送付を希望される方 ⇒ 上記にCO-MAIL宛先をご記入下さい。
- ・ご郵送を希望される方 ⇒ 上記「送付先住所」へご記入下さい。

※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は登録ご住所宛に送付いたしますので、住所の記入は不要です。

注) 郵送の場合は、ご自宅宛となります。その他諸事情で自宅以外となる場合は、その理由をご記入下さい。

なお、医療機関へ送付を希望される場合は、必ず医療機関の了解をとっていただくようお願いいたします。

外傷の方は傷病原因を ご記入下さい	原因: (_____) 第三者行為(交通事故・ケンカ)によるものですか? はい ・ いいえ
右記病名で限認証を使用 する場合は該当の数字に ○をして下さい (入院の方のみ)	1. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血) 2. 虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)
公費の該当	自己負担について国・地方自治体で助成を受ける資格をお持ちですか? ・有(公費の名称: _____) ・無 子ども医療助成制度 (有・無) 管轄自治体名(_____ 市・区役所)

*** JAL健保処理欄**

交付年月日	令和 年 月 日
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ I・II

受付日付印
