

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

平成 年 月 日提出

被保険者証 記号 - 番号	123 — 12345	被保険者氏名	日航 太郎	
認定証が必要な方の氏名・続柄・生年月日	氏名 日航 花子	続柄 長女 昭平	15年10月1日生	
日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL:	03 — 3456 — 7890	
勤務先 (任継・特退の方は記入不要)	会社名: ○○株式会社 所属: △△部	CO-MAIL宛先(地域コードから正確にご記載ください。)	TYO TB K-○○○○/△△△	
申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 延長申請		
療養予定期間(※)	平成 27年 1月 1日 ~ 平成 27年 3月 31日			※記載が無い場合、発行期間は原則受付した月の1日から3ヶ月間としますが、ご希望に添えない場合もあります。

<限度額適用認定証の送付先について>

※事業所在籍者の方

- ・社内メールが届く方 ⇒ 上記の社内メールに送付いたします。
- ・社内メールが届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になりますので下記の認定証送付先住所の記入は不要です。

※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方

- ・登録された住所に送付の場合は下記の記入は不要です。

※療養中などの特別の事情があり、被保険者以外の住所に送付を希望する場合や、在職中の方で同様の事情があり自宅等に送付をご希望の方は下記の認定証送付先住所欄にご記載下さい。

入院先の医療機関へ送付希望の場合は、必ず医療機関の了解を取り、宛先を確認の上ご記載ください。

認定証送付先住所	〒 — _____ _____ (TEL : — — ) 宛名 : _____
----------	---

外傷の方は傷病原因をご記入ください。	原因:( 自宅の階段ですべり転倒した ) 第三者行為(交通事故・ケンカ)によるものですか? はい ・ <b>いいえ</b>
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: ) <b>・無</b> こども医療助成制度 (有 ・ 無) 管轄自治体名( 市・区役所)

\* 健保組合処理欄

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

←記入しないこと

受付日付印