

事業主 経由
JFE健康保険組合 行

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	室長	担当

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	令和 年 月 日 申請		下記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 有効期限経過後は、速やかに返却します。			
	被 保 険 者 情 報	記号	番号	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日
						昭和 平成 年 月 日
		自宅 住所	〒		電話番号（自宅・携帯	- -
	会社名 所属名	(地区名・所属等詳細にご記入ください) (任意継続被保険者の方は記入不要です)		電話番号	- -	
	適 用 対 象 者	氏 名 (療養を受ける方)				被保険者 との続柄
		生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
		使用開始日 (予定日)	令和 年 月 日 ~			
		医療助成	自己負担額について、国または 居住している県・市区町村等から医療費助成を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けている → 医療証の写しを添付 (重度障害者・特定医療費受給者等) <input type="checkbox"/> 受けていない			
		傷病原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) → 原因: ※業務・通勤災害、交通事故、他人よるケガ等の場合は、必ずご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 上記以外			
送 付 先	認定証は、原則 事業主 (任意継続被保険者の方はご自宅)、又は 発送元に送付します。 やむを得ない事情により、上記以外を希望する場合は、下記にご記入ください。					
	送付先変更理由					
	住 所	〒		連絡先	- -	
	簡易書留で送付します。必ず受け取りできる場所を指定してください。					
	受取人				様	

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日	受 付 印
	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・現Ⅰ・現Ⅱ	
	発送元		
	送付先		