

事業主 經由  
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	令和〇年 1月10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	
		100	123456	健保 一郎		昭和 平成	55年 1月 1日
		自宅 住所	〒260-〇〇〇〇		電話番号（自宅・携帯）090 - 〇〇〇 - XXXX		
	千葉県〇〇〇-〇〇〇						
	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 012 - 345 - 6789			
	会社名(地区) JFE〇〇〇(株) (千葉地区)		(所属) 〇〇部〇〇工場(室・課)				
	氏名 (療養を受ける方)	健保 一郎		被保険者 との続柄	本人		
	生年月日	昭和・平成・令和	55年 1月 1日	性別	男・女		
	使用開始日 (予定日)	令和 3年 〇月 〇日～		限度額適用認定証の発効日は、原則、申請書が健保組合に届いた日の属する月の1日からです。 有効期間は発効日から最長で1年間となります。			
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 checked="" 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 checked="" 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	急ぎの為(病院から〇月〇日までの提出を求められている)						
住所 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		医療機関への送付の場合は、医療機関の了承を得た上で、受取人(病院ご担当者等)を必ずご記入ください。				
	〒260-〇〇〇〇		連絡先 012 - 345 - 6789				
	千葉県〇〇〇-〇〇〇						
	受取人 健保 一郎		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		