

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	記号・番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇	申請日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇区△△ 〇〇-〇〇 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			

適 用 対 象 者	氏名	健保 太郎		続柄	本人	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成 令和	受付月の1日から最長1年間
	交付期間 (入院予定期間などをご記入ください)		受付月の1日から有効 申請月前に遡る申請不可		令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	傷病原因		☐ 病気 ☐ 出産 ☒ 外傷(骨折、捻挫などのケガ) ☐ その他()					
	傷病原因が外傷の場合は 右の負傷状況欄にも ご記入ください。		負傷状況	負傷時 原因	☒ 私用中 ☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ その他() ☐ 相手方による負傷(交通事故、けんかなど) ☒ 相手方なし			
			具体的 な状況	(いつ、どこで何をしている時に、どのように負傷したか詳しく) 〇月〇日、市民テニスコートで練習中に転倒し、左足首を骨折				

※被保険者の「住所」以外に送付する場合にご記入ください。

届け先	☐ 下記申請代行者 ☐ 会社の人事担当者()様 ☒ その他(実家、病院等)	
送付住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇区 △△-〇〇 大和様方 健保 花子 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

※自宅以外に送付する場合、宛名には、勤務先の部署名や、病院名、実家の氏名など詳しくご記入ください。

申 請 代 行 者	氏名	健保 花子		被保険者との関係	妻
	連絡先	自宅	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	代行理由	本人が入院中のため
		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

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。

※住民税(非課税)の世帯主の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を
ご提出ください。

健康保険 緊急入院などの理由で、被保険者
本人が記入できない場合

発行年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	受付
有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日				
適用区分	ア・イ・ウ・エ				