

健康 保険 決 裁 欄	常務理事	検	検	検	担当者

事業所	所属長	担当者

受付印

健康保険 限度額適用認定申請書

発行番号【 】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	証記号	証番号	被保険者氏名						
	事業所名称									
	事業所所在地									
	療養を 受ける人	氏名				性別	男 女	続柄		
		生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日		
	療養を受ける 期間	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで(予定)
	発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月	日	時	分頃	出勤日 ある	出勤日 ない	
	傷病が負傷の場合 は、負傷の原因で該 当するものに☑を入 れて下さい。負傷の 状況については、ど こで、何のために何 をしていてどうなっ たか、詳細を記入し て下さい。	負傷の原因	仕事 中	通勤途上	交通事 故	加害者あり	学校内			
		負傷の状況	自分の不注意 その他 ()							
	公費・医療助成の有無等	受けていない 受けられる(制度名)								
<p>上記の通り、健康保険 限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿</p> <p>被保険者住所</p> <p>被保険者氏名</p>										

*発行期間については、最長で開始月の1日から1年間となります。