

健保 決裁 欄	常務理事	検	検	検	担当者

任継用

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 9020	証番号	被保険者氏名					
	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)							
	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。								
	令和 年 月 日								
サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿									
被保険者住所									
被保険者氏名									

*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。