

健康 保険 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 三洋 太郎	
	療養を 受ける人	氏名 三洋 花子	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 妻	
		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 40 年 △ 月 △ 日			
	療養を受ける 期間	令和 2 年 4 月 1 日 から 2 年 7 月 30 日 まで(予定)			
	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 4 月 1 日 12 時 00 分頃 <input type="checkbox"/> 出勤日 である <input checked="" type="checkbox"/> 出勤日 でない		
	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 に何をしていたか、 詳細を記入して 下さい。	負傷の原因 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 加害者あり <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		負傷の状況			
	公費・医療助成の有無等	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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 2 年 4 月 15 日				
サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿					
被保険者住所 大阪府大阪市中央区高麗橋△-△-△					
被保険者氏名 三洋 太郎					

\*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。