

健保決裁欄	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 1234	証番号 △△△△	被保険者氏名 三洋 太郎				
	事業所名称	△△電機(株) 大阪事業所 総務部						
	事業所所在地	大阪府大阪市中央区高麗橋△-△-△						
	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 ある	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 大阪府守口市梅町△-△-△ 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。