

決定 伺		所得区分	ア ()	イ ()	ウ ()	エ ()
常務理事	事務長	交付年月日	年	月	日	取得日
		発効年月日	年	月	日	喪失日
	担当者	有効期限	年	月	日	認定日
		備考				抹消日
			年	月	日	

健康保険限度額適用認定申請書

この申請書は住民税課税世帯用です。
被保険者本人が住民税非課税の場合は別用紙での申請と非課税証明書が必要です。

以下の内容をよく読んでからご記入ください。

- 必ず申請する必要はありません。
(申請されなくても後日、自己負担限度額を超えた額は原則自動払いで支給されますので最終的な本人負担額は同じです)
- 発効年月日は、申請書を当健康保険組合で受理した月の1日からとなります。
- 有効期限が切れた認定証をお持ちの場合はご返却下さい。未返却の場合、交付することができません。
- この申請書は、直接当健康保険組合(下記住所)へお送りください。
- ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町637 第五長谷ビル9階 (TEL075-343-6570)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号-番号	—	所属店	
		被保険者氏名		所属店所在地	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	所属店TEL	
	認 定 対 象 者 欄	療養を 受ける方			被保険者との続柄
生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
療養予定期間		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	年 月 日 ~ 年 月 日	不明の場合は予定日をご記入下さい	
傷病内容		<input type="checkbox"/> ケガ以外 <input type="checkbox"/> ケガまたは腰痛・首痛・膝痛 ⇒ *「負傷原因報告書」を添付してください <small>(腰痛・首痛・膝痛の場合は被保険者のみ)</small> <small>*の書類は当組合のホームページに掲載⇒http://www.kenpo.gr.jp/sgh/</small>			
	ケガによる場合	・ 第三者行為による傷病ですか (交通事故・暴力など) <input type="checkbox"/> はい ⇒ *「第三者行為による傷病届」を添付してください <input type="checkbox"/> いいえ			
		・ 業務上や通勤(退勤)途上による傷病ですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 健康保険の使用はできません 勤務先へ連絡し、労働災害の手続きをお取りください <input type="checkbox"/> いいえ			
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					
記入日 年 月 日					
被保険者の住所 〒 -					
氏名 (印) TEL - -					
*日中、ご連絡のとれる番号をご記入ください					
S Gホールディングスグループ健康保険組合 理事長様					

「健康保険限度額適用認定証」は上記被保険者住所へ送付致します。
別のところへ送付を希望する場合は下記にご記入ください。

住所 〒 -

氏名

TEL - -

受付印