

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名	⑩	会社名	
	番号		社員番号		所属	
適用対象者	氏名				被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
適用対象者の住所	〒 -					
使用開始月	年 月 から使用開始			※認定証の有効期限は、健保組合へ申請書が到着した月の1日から6か月間となります。		
使用することになった原因 (当てはまる方の□に、 ✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> ケガが原因		いつ :	年 月 日	どこで : <input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input type="checkbox"/> それ以外	
	<input type="checkbox"/> ケガ以外が原因		※通勤途中・業務上のケガや病気は労災適用のため使用できません。			

注意事項

◎ケガが原因の場合は、下記の書類をご提出下さい。

・負傷の際に相手がいる場合(交通事故・傷害など)

→「第三者行為による傷病届」

・自損・単独事故の場合

→「事故届(第三者行為以外)」

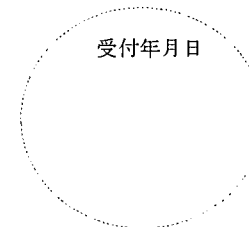
◎使用しなくなった時や有効期限経過後は、速やかにご返却下さい。

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。

年 月 日

受付年月日

交付		チェック	
----	--	------	--



事業所コード	事務担当