

# 健康保険限度額適用認定申請書【記入見本】

被保険者証	記号	123	被保険者氏名	健保 一郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	会社名	株式会社××××		
	番号	456	社員番号	999999	所属	××部××課		
適用対象者	氏名	健保 花子			被保険者との続柄	妻		
	生年月日	●●●●	年	●●	月	●●	日	性別
適用対象者の住所		〒●●●● - ●●●● ××県 ××市 ××××						
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 checked="" type="checkbox"/> ケガが原因		いつ : ××××年××月××日	どこで : <input checked="" 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
99	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健</span>

……被保険者が記入・捺印するところ(漏れなく記入・捺印願います)

……事業主にて記入・捺印するところ(漏れなく記入・捺印願います)