

常務理事	事務長		

健康保険限度額認定申請書

マイナ保険証を使用すれば『限度額適用認定証』は不要です。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者	記号	番号				
被保険者	所属		日中連絡のとれる電話番号	TEL	— — (内線)	
	氏名		生年月日	S・H	年 月 日	
	住所	〒				
対象者	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日	
	傷病名(任意記入)		外傷(怪我)の場合は、下記※に具体的な状況を記入		被保険者との続柄	被保険者の場合「本人」と記入
	入院期間(予定)		R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
手術日(予定)		R 年 月 日			・手術なし	
※外傷の場合のみ 具体的な状況記入	負傷した日	R 年 月 日	負傷した場所			
	発生状況					
(注)業務上、通勤中の怪我や病気は労災適用のため対象になりません						
(注)傷病の原因が第三者行為によるものである時は、別途届が必要ですので、事前に当組合まで連絡ください						
医療機関	名称					
	所在地	〒				
認定証送付先	上記自宅 ・ 上記病院 * 医事課宛 等宛先記入					
・当組合に受取に来れない方のみ記入	その他 ()					

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。

また、交付された認定証は、有効期限経過後速やかに健保組合へ返却いたします。

【健康保険組合記入欄】

受付日付印

交付事由	有効期限
適用・適用区分変更 更新・再交付	令和 年 月 日まで



ios 用



Android 用

マイナンバーカードを利用すれば通院や医療費控除が今よりもっと便利に。

共同通信社健康保険組合