

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