

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	2148		番号	1900000		
被 保 険 者	所属	〇〇〇部			日中連絡の とれる 電話番号	TEL 090 - 1234 - 5678 (内線 1010 )		
	氏名	共同 太郎			生年月日	S・H 50 年 4 月 1 日		
	住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町 〇-〇-〇						
対 象 者	氏名	共同 花子			生年月日	S・H・R 53 年 5 月 1 日		
	傷病名(任意記入)	骨折				被保険者 との続柄	被保険者の場合「本人」と記入 妻	
	入院期間(予定)	R 5 年 1 1 月 1 日 ~ R 6 年 1 月 2 5 日						
	手術日(予定)	R 5 年 1 1 月 1 0 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 5 年 11 月 1 日		負傷した場所	〇〇〇駅		
		発生状況	休日、外出先の駅で携帯電話に気をとられ階段で転倒。					
(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	〇〇〇病院						
	所在地	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町 〇-〇-〇						
認定証送付先  ・当組合に受取に 来れない方のみ記入		上記自宅 ・ 上記病院 * 医事課宛 等宛先記入  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