

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	○○○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○○区○○町 ○-○-○			
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)		外傷(怪我)の場合は、下記※に具体的な状況を記入 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11月1日 ~ R 6年1月25日		
	手術日(予定)		R 5年11月10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 5年11月1日	負傷した場所 ○○○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	○○○病院			
	所在地	〒000-0000 東京都○○区○○町 ○-○-○			
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