

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		-			
被保険者 (本人)	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	年	月		日
適用対象者 (使用する人)	氏名				被保険者との続柄
	生年月日	年	月	日	性別 男 ・ 女
被保険者の住所					
病気またはけがの原因 (けがの場合下記にもご記入下さい。)	外傷性(けが)ですか？				いいえ ・ はい
	交通事故・暴力行為等、第三者の行為によるものですか？				いいえ ・ はい
	通勤中・勤務中のケガですか？(パート・アルバイトも含む)				いいえ ・ はい
①いつ:	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃				
②どこで:	(※地番でなく「学校のグラウンド」「駅の階段」など)				
③どのようにして(詳しく):					
④何のけがをしたか:	部位(身体のどの部分)		名称(けがの名前)		

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。

記入日 年 月 日

注意事項

- ◎認定証の発効年月日は健保に受付された日の属する月の初日となります。前月以前にさかのぼった発行はできません。
- ◎病気またはけがの原因は正確に記入して下さい。記入漏れなどの場合、発行に時間がかかります。
- ◎第三者行為、通勤中・勤務中のけがである場合、認定証は発行できない場合がありますので、事前に健康保険組合にご連絡下さい。
- ◎原則として本人の署名・捺印が必要です。申告内容については、被保険者が責任を負うこととします。

