

# 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号		事業所	名称	
		番号			所在地	
	氏名	Ⓜ			電話番号	
	生年月日	昭・平 年 月 日			性別	男 女
	住所	〒				

認定書交付対象者 (使用する人) 被扶養者の場合のみ ご記入ください	氏名		被保険者 との続柄	性別	男
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			女

療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月 (原則、最長で8月31日までとします)
--------	-------------------------------------

傷病原因	<input type="checkbox"/> ケガが原因 (「傷病届」を添付が必要です) <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因
------	---

上記住所とは 別のところに送付 を希望する場合	住所	〒		
	宛名		電話番号	

申請代行者欄  被保険者及び療養 受ける方以外の方 が、申請する場合	氏名	Ⓜ		被保険者との関係	
	電話番号			申請代行の理由	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

- 認定証の発行日は、原則、申請書を受付した日の属する月の1日から有効となる認定証を交付されます。
- 有効期限が過ぎた限度額適用認定証は返却ください。
- 負傷の際に相手がいる場合 (交通事故・けんか等) は、「第三者の行為による傷病届」の添付が必要です。
- 限度額適用認定証は簡易書留で送付します。

送付先：〒612-8053 京都市伏見区東大手町763若由ビル3F

※健保記入欄

交付年月日	令和 年 月 日
使用期間	令和 年 月 至
	令和 年 月 迄
適用区分	千円 ア・イ・ウ・エ

証No.			
常務理事	事務長		担当者

受 付 印
-------