

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証の記号	番号	生年月日	年	月	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号	TEL ( )					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	被保険者の場合は本人と記入してください。	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	被保険者との続柄	性別	男 ・ 女		

希望送付先	上記被保険者住所宛 ・ 事業所宛 ・ その他 (第三者宛てに送付の場合は備考に理由を記入ください。)				
	送付先住所	(〒 - )	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			
	宛名	備考			

※医療機関に送付の場合は、医療機関の許可を取り、ご担当者のお名前を記入ください。

負傷状況記入欄	傷病名						
	負傷年月日	平成 ・ 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
	負傷場所						
	理由・詳細						
	負傷した状況	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 )					

※外傷による負傷の場合は必ずご記入ください。

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。 令和 年 月 日

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印