

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	記号	1 1 1 1	番号	1 1 1 1	生年月日	年 月 日
	被保険者証の				<input type="checkbox"/> 昭和	
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 1 0 1 0 1
					<input type="checkbox"/> 令和	
氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ	-----			
		健保 太郎				
住所	(〒 123 - 4567)		〇 〇 都 道	〇 〇 市 〇 〇 町 1-1	府 県	
電話番号	TEL 111 (222) 3333					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	(被保険者の場合は本人と記入してください。)				<input type="checkbox"/> 平成	
					<input type="checkbox"/> 令和	
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。)					
	その他送付先住所	(〒 -)	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	右足大腿部骨折
	負傷年月日	平成 ・ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 〇〇 時頃
	負傷場所	自宅
	理由・詳細	自宅の階段から滑り落ちて右足を骨折する。
	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 checked="" 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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
