

(申請) (申請) (交付) (お渡し)

本人記入 → 事業主総務担当 → 健保 → 事業主総務担当 → 本人

常務理事	事務長	担当

## 限度額適用認定証申請書

提出日:西暦 年 月 日

※記号は→2桁もしくは4桁 ※番号は→7桁

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の記号・番号													
	被保険者氏名	印												
	生年月日	西暦	年	月	日									
	事業場名													
	＜以下は適用対象者についてご記入下さい。＞													
	対象者氏名										続柄			
	生年月日	西暦	年	月	日	( 歳)								
	傷病区分	第三者行為以外の傷病 ・ 第三者行為による傷病												
	公費負担の有無 (○を付けてください)	1 受けていない												
		2 乳児医療費助成を受けている												
3 その他 ( )														
健 保 記 入	発効年月日	平成	年	月	日									
	適用区分	ア	イ	ウ	エ									

上記のとおり健康保険限度額適用認定証を申請します。

※第三者行為による傷病の場合には発行できない場合があります。  
(第三者行為とは、交通事故や喧嘩など第三者の行為による負傷のこと)  
※公費による助成を受けている方は公費優先のため対象外です。