

(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	令和 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。