

常務理事		係

限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満

保険証	記号		事業所名称		
	番号			電話	-
被保険者	氏名	健保 花子			
	住所	〒	-	栃木県宇都宮市清原工業団地23-7	電話 - -
適用対象者	氏名	健保 太郎			(被保険者との続柄: 子)
	生年月日	昭和	平成	20年 7月 27日	認定証の使用予定日 令和4年8月10日より使用予定

認定証の送付先	(被保険者の自宅以外へ送付ご希望の場合) 送付先: 家族宅 ・ 勤務先 ・ 医療機関 ・ その他 ()
<input type="checkbox"/> 被保険者自宅	住所: 〒 -
<input type="checkbox"/> 上記以外 送付先を記入してください。➡	宛名: _____ 電話: - -

傷病原因	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折やケガなど外傷性によるもの	<input type="checkbox"/> 外傷性のないもの		
外傷の場合	いつ	令和4年8月8日	<input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通退勤途中	加害者の有無
	具体的に何をしていて	家の階段を下りている時	<input checked="" type="checkbox"/> 私用中() どのようなケガをした	<input type="checkbox"/> 加害者がいる →事故・ケンカ・その他() <input checked="" type="checkbox"/> 加害者はいない

※第三者行為の場合、別途届出が必要となります。
※工作中・通退勤途中の外傷は、健保の保険証を使用できませんので、事業所へお問い合わせ下さい。

令和 年 月 日 上記のとおり、限度額適用認定証の交付を申請します。

認定証発行期間	申請書が健保に到着した月の1日から、最大6か月間または8月31日のいずれか先に到来した日まで ・月をさかのぼっての発行は出来ません。 ・8月から9月は継続して発行できません。(毎年9月に新たな標準報酬月額の見直しがあるため。) ※上記発行期間以降の認定証が必要な場合は、お手数ですが再度交付申請をお願いいたします。
---------	--

留意事項	<ul style="list-style-type: none">●所得区分の変更時は、自己負担限度額が変わり、後日、窓口負担額が追加または調整される場合があります。●使用が済んだ認定証は、すみやかに当健保あてご返却願います。●住民税非課税の方は、別紙『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請証』にてご申請ください。●被保険者本人が自ら署名する場合は、被保険者本人の押印は不要です。
------	--

健保記入欄	標準報酬月額	千円			
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ			
	発効年月日	令和	年	月	日
	有効期限	令和	年	月	日

受付日付印