

健康保険限度額適用認定申請書

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

申請年月日 令和 〇 年 5 月 1 日

被保険者情報	被保険者証	記号 1 番号 23456	生年月日	昭和(平成) 2 年 6 月 3 日
	氏名 (自署)	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所	〒 111 - 1111 東京 (都) 道 府 県 江東区〇〇1-2-3		
	事業所名称	〇〇〇〇病院	電話番号 (日中の連絡先)	00 (0000) 0000 内線番号(2222)

【ご注意ください】 ご家族(被扶養者)の交付申請の場合も、被保険者情報の欄に、被保険者の氏名、生年月日、住所等をご記入ください

認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名 健保 花子 続柄 母	生年月日 昭和(平成) 令和 35 年 11 月 15 日
	傷病名	左大腿骨骨折 (受診することとなった原因: (ケガ)・ケガ以外)	
	ケガが原因の場合 (注2・注3)	いつ 平成(令和) 〇 年 4 月 30 日 (木) 私用中 休日中・通勤途中・業務中	そのとき の状況 自宅のお風呂場で転倒

注1:認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

注2:原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

注3:業務災害以外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。仕事や通勤途中で発生した傷病には使用できません。

〇 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外へ認定証の送付を希望する場合はご記入ください。※ 上記住所と同じ場合は記入不要

希望送付先	住所(注4)	〒 000 - 0000 東京 (都) 道 府 県 三鷹市△△2-19-1	電話番号 (日中の連絡先)	00 (0000) 0000
	宛名	健保 一郎	被保険者 との関係	父

注4:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の担当者の方に送付可能か確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名	保険 次郎	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	電話番号 (日中の連絡先)	00(0000)0000	申請代行の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他()

【備考】

受付日付印