

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	被 保 険 者 氏 名		
	事業所名称				
	事業所 電話番号			仕分コード	
	療養を受ける人	氏 名	性別 男・女	続柄	
		生年月日	年 月 日		
	療養を受ける医療機関	名 称			
		所在地			
		電話番号			
	見込み必要期間	期間:平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで ※期間については原則3ヶ月としますが、状況により考慮します			
	傷 病 名				
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃				
傷病が負傷の場合のみ ご記入下さい	負傷の原因	<input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故(<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者あり) <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他()			
	負傷の状況	負傷の状況については どこで、何のために何 をして、どうなった か詳細をご記入下さい			
公費・医療助成の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(制度名)				
上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請し、認定証に記載された有効期限 経過後、または必要に供する事由が終了した時は速やかに返還する事を誓約いたします。 平成 年 月 日 ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿 被 保 険 者 住 所 被 保 険 者 氏 名					

健 保 記 入 欄	発行年月日	平成 年 月 日	確認印	担当印
	有効期限	平成 年 月 日		
	適用区分			
	発送年月日	平成 年 月 日		
	発送先			

◆ 健保受付日付印 ◆

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	被 保 険 者 氏 名			
	11	123456	健 保 太 朗			
	事業所名称	○ ○ 宅急便センター				
	事業所 電話番号	03-0000-0000	仕分コード	38-29-61		
	療養を受ける人	氏 名	健 保 太 朗	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	続柄	本人
			生年月日	年 月 日		
	療養を受ける医療機関	名 称	○○清生会病院			
		所在地	東京都杉並区 ○ - ○ - ○			
		電話番号	03-3248-0000			
	見込み必要期間	期間:平成24年 4月 2日 ~ 平成24年 5月14日まで ※期間については原則3ヶ月としますが、状況により考慮します				
傷 病 名						
発病又は負傷年月日	平成24年 4月 1日 <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 6時 55分頃					
傷病が負傷の場合のみ ご記入下さい	負傷の原因	<input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故(<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者あり) <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input checked="" type="checkbox"/> その他()				
	負傷の状況については どこで、何のために何 をしていて、どうなった か詳細をご記入下さい	負傷の状況	仕事に出勤する前、自宅2階から階段を降りる際、誤って 階段を踏み外し転倒したものの。 階段左側の手すりに左肩をぶつけ、左鎖骨を骨折してしま いました。			
公費・医療助成の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(制度名)					
上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請し、認定証に記載された有効期限 経過後、または必要に供する事由が終了した時は速やかに返還する事を誓約いたします。 平成 24 年 4 月 4 日 ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿 被 保 険 者 住 所 東京都新宿区○○町○丁目○番○号 被 保 険 者 氏 名 健 保 太 朗						



健 保 記 入 欄	発行年月日	平成 年 月 日	確認印	担当印
	有効期限	平成 年 月 日		
	適用区分			
	発送年月日	平成 年 月 日		
	発送先			

健保受付日付印