

|         |         |
|---------|---------|
| 受付年月日   | 令 年 月 日 |
| 交付年月日   | 令 年 月 日 |
| 発効年月日   | 令 年 月 日 |
| 有効期限(①) | 令 年 月 日 |
| 有効期     |         |

**記入見本**  
・赤字 のように記載ください

|      |     |   |   |     |
|------|-----|---|---|-----|
| 決 裁  |     |   |   | 事業所 |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |     |
|      |     |   |   |     |



健康保険限度額適

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請

※申請者は 枠欄 を全て記入してください

|                            |                                                                                                                               |                                                     |     |                    |                    |                     |  |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----|--------------------|--------------------|---------------------|--|
| 被保険者証の記号・番号<br>(左詰めで記入)    | 記号                                                                                                                            | XXXX                                                | 番号  | XXXXXX             | 申請日                | 令和 5 年 3 月 15 日     |  |
| 被保険者                       | 氏名<br>(自署)                                                                                                                    | 東罐 一郎                                               |     | 生年月日               | 昭平令 YY 年 MM 月 DD 日 |                     |  |
|                            | 事業所                                                                                                                           | 東洋●●●(株) ●●工場 (勤務先を記入)                              |     |                    |                    | (任意継続者は記入不要)        |  |
|                            | 住所                                                                                                                            | 〒100-1234<br>東京都品川区南五反田 10-11-12<br>電話 03-1234-5678 |     |                    |                    |                     |  |
| 認定対象者<br>(認定証使用者)          | 氏名                                                                                                                            | 東罐 花子                                               |     | 被保険者との続柄           | 妻                  |                     |  |
|                            | 生年月日                                                                                                                          | 昭平令 YY 年 MM 月 DD 日生 ・男 女                            |     |                    |                    |                     |  |
|                            | 申請理由                                                                                                                          | ・病気 ケガ による 入院 ・通院 (ケガの場合は下欄※1 に記入)                  |     |                    |                    |                     |  |
| (※1)<br>ケガで療養する時の状況        | ・私的なケガ<br>・第三者行為(交通事故・傷害事件) ・通勤/通学中 ・就労/修学中 の負傷<br>負傷時の状況(いつ、どこで、どのような負傷をしたのか)について記載ください<br>3/20、自宅の階段を掃除中に足を踏み外して落下、右脚首を骨折した |                                                     |     |                    |                    |                     |  |
| 医療機関の名称                    | ●都立××病院                                                                                                                       |                                                     | 電話  | 03-9876-5432       |                    |                     |  |
| 医療機関の所在地                   | 東京                                                                                                                            | 都・道・府・県                                             | 品川区 | 市・区・町・村            |                    |                     |  |
| 認定証の必要な期間                  | 令和 5 年 3 月 20 日から 令和 5 年 4 月末日まで                                                                                              |                                                     |     |                    |                    |                     |  |
| 「健康保険限度額適用認定証」を 事業所経由で受領する |                                                                                                                               |                                                     |     | はい いいえの時 は下欄※2 に記入 |                    |                     |  |
| (※2)<br>勤務先以外の<br>郵送先      | 住所                                                                                                                            | 〒 123-9999 東京都世田谷区●●町1-2-3<br>●●ハイツ100              |     |                    |                    | ・自宅<br>・その他<br>(実家) |  |
|                            | 宛名                                                                                                                            | 東罐 一郎 (東罐太郎 様方 東罐一郎)                                |     |                    |                    |                     |  |

青字は当欄に該当する場合の記入見本  
・宛先住居の表札と異なる名前でする際は

※被保険者以外の代理人が申請する場合には必ず記入ください

|       |            |                                  |
|-------|------------|----------------------------------|
| 申請代行者 | 氏名<br>(自署) | 代理 太郎                            |
|       | 被保険者との関係   | 電話 0123-456-7890                 |
|       | 代行理由       | ・事業主の健保担当者 ・家族 ・その他 ( )          |
|       |            | ・被保険者本人が入院中 ・その他 (被保険者が海外出張中のため) |