

*マイナ保険証をお持ちの方は申請は不要です。

健康保険 限度額適用認定申請書

東洋水産健康保険組合理事長 殿

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 記入

被保険者	保険証NO	—	事業所名称			
	氏名	印	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	生
適用対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	生
	被保険者との続柄			性別	男 ・ 女	
適用対象者の住所 及び連絡先	〒		TEL:			
認定証を使用する 医療機関名						入院 : 外来
認定証が必要と なった傷病名						
認定証使用期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月					ヶ月間
外傷性(ケガ)による入院	はい					・ いいえ
外傷性による負傷の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自損事故・第三者行為)					<input type="checkbox"/> その他
送付先	1. 会社 2. 上記自宅住所					
	3. その他()					

以下は、被保険者以外の方が申請する場合に記入して下さい。

申請代行者氏名	印	被保険者 との関係	1. 会社事務担当者 2. その他()
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で申請できないため 2. その他()		

※ 被保険者が当年度(この書類を提出するのが4月~7月の場合は前年度)の市(区)町村住民税が非課税の場合は『市町村民税非課税証明書(原本)』を添付し、申請してください。

【注意事項】

認定証の発行日は、申請書を東洋水産健康保険組合で受領した日の属する月の1日となります。申請書受付月以前の認定証は交付出来ませんのでご了承下さい。

受付印

※ 健保使用欄				
理事長	常務理事	事務長		担当者