

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	東洋水産(株)○○事業所	
	氏名	東洋 太郎 (印)	生年月日	昭和 平成 ○年○月○日生 令和	
適用対象者	氏名	東洋 花子	生年月日	昭和 平成 ○年○月○日生 令和	
	被保険者との続柄	妻	性別	男・(女)	
適用対象者の住所 及び連絡先	〒 ○○○-○○○ 東京都○○区○○町○丁目○-○		TEL: ○○-○○○-○○○○		
認定証を使用する 医療機関名	○○総合病院		(入院)	: 外来	
認定証が必要と なった傷病名	急性虫垂炎				
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)町村民民税が非課税の場合は『市町村民民税非課税証明書(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