

# 健康保険限度額適用認定申請書

## 記入見本

資生堂健康保険組合 理事長 殿

被保険者等	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	社員番号	〇〇〇〇〇〇	勤務先	〇〇〇〇
被保険者 (社員本人)	花橋 太郎				生年月日	●昭和 ○平成 〇〇年 〇月 〇日		
被保険者住所	〒 000 - 0000 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇-〇				電話番号(日中の連絡先) 000-0000-0000			
適用対象者 (使用される方)	花橋 花子			被保険者との続柄	妻	生年月日	●昭和 ○平成 ○令和 〇〇年 〇月 〇日	
認定証の使用期間	医療費が高額になる見込終了年月をご記入ください。(申請月より1年以内) 厚生労働省の通達により、申請書が健保に到着した月より前に遡っての申請はできません。 申請書到着月の1日 ~ 令和 〇年 〇月 まで							
傷病の原因は労災・通災又は第三者の行為によるものですか						○はい ●いいえ		
はいの場合の発生原因		○仕事中 ○通勤途上 ○交通事故(相手○あり○なし)○その他( )						
被保険者の市区町村民税		●市区町村民税 課税 ○市区町村民税 非課税 ⇒被保険者が市区町村民税非課税の場合は「被保険者の市区町村民税非課税証明書」を添付						
送付希望先 ※被保険者住所以外に送付を希望する場合はこちらに記入してください		住所: 〒 宛名: <b>上記住所以外に送付希望の場合のみ記入してください</b> 電話番号: 送付変更理由 ○被保険者本人が入院中のため ○その他( )						
被保険者が入院中等により被保険者以外の方が申請する場合は、ご記入ください。								
申請代行者欄		氏名			電話番号		被保険者との関係 (例)家族、事業所担当者など	
備考欄								

上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 〇年 〇月 〇日

受付印