

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

## 健康保険限度額適用認定申請書(新規・延長)

↑ いづれかに○してください

|   |          |                         |             |
|---|----------|-------------------------|-------------|
| 健康保険証 記号・番号   |          | -                       |             |
| 被保険者  | 氏 名      |                         | 事業所         |
|   | 生年月日(和暦) | 年 月 日                   |             |
| 適用対象者<br>(今回使う方)  | 氏 名      |                         | 被保険者との続柄    |
|   | 生年月日(和暦) | 年 月 日                   | 性 別 男 ・ 女   |
| 被保険者(適用対象者)の住所  |          | 〒                       |             |
| 入院・外来の使用の別<br>(どちらかに○をしてください)                           |          | 入院で使用する                 | 外来(通院)で使用する |
| 入院または通院の見込み期間   |          | (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 未定 |             |
| 使用する医療機関名<br>(複数ある場合は全て記入)                              |          |                         |             |
| ①骨折・打撲等の外傷性の病名で使用されますか？                                 |          | はい ・ いいえ                |             |
| ②車やバイクでの事故または第三者によるケガですか？                               |          | はい ・ いいえ                |             |
| ①、②で「はい」と答えた方は、下記に詳しく理由を記入してください。(いつ、どこで、何をしている時、どうしたか) |          |                         |             |
|   |          |                         |             |

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。

注1) 初めて申請する時は「新規」、延長申請する場合は「延長」に○をつけてください。

注2) 延長する場合の入院(通院)期間は、先に申請した期間の続きから記入してください。

