

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書 (70歳未満)

令和 年 月 日提出

被保険者	被保険者	記号	1	3	番号				
	氏名							職場記号	
	生年月日	昭・平	年	月	日	内線			
	住所	〒							
	備考欄	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)							
適用対象者	氏名						被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女		
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産関係 (帝王切開、切迫流産等) <input type="checkbox"/> 怪我 (怪我の場合は2ページ目の傷病発生状況確認書も提出)							
	医療機関名								
	申請期間	入院予定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 通院で高額治療を受ける場合⇒令和 年 月～令和 年 月							

※交付する認定証の有効期限は、上記期間の申請月1日から申請月の月末までになります。

但し、標準月額変更時期や資格変更等により、期限を区切る場合もあります。

※申請が2回目以降の場合は、交付済認定証の有効期限の翌日からを記入してください。

※認定書は職場に送付します。不都合な場合は提出時にお知らせください。(任継者は自宅へ送付)

受 付 印

健保記入欄	資格取得日	昭・平・令	年	月	日	No	—	
	扶養認定日	昭・平・令	年	月	日	区分	新規・延長	
	標準報酬月額	区分	発効日		有効期限		交付	回収
	年 月 千円	ア ウ	イ エ	年 月 日	年 月 日			
	年 月 千円	ア ウ	イ エ	年 月 日	年 月 日			
	備考						ア:83以上 ウ:28~50	イ:53~79 エ:26以下

傷病発生状況確認書

傷病名	
傷病発生日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
傷病発生場所	
負傷日について	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
負傷された時について	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()
負傷原因について	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為 ⇒ 相手 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> スポーツ中 ⇒ <input type="checkbox"/> 職場・会社の行事 <input type="checkbox"/> 職場・会社の行事以外 <input type="checkbox"/> 学校内、学校行事中 <input type="checkbox"/> その他 ()
負傷時の飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲んでいた ⇒ 時間帯 (時 分頃～ 時 分頃) <input type="checkbox"/> 飲んでいない
学校・イベント・スポーツ中の負傷の場合	<input type="checkbox"/> 日本スポーツ振興センターの給付 = <input type="checkbox"/> あり又は手続き中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 学校で加入している保険の給付 ⇒ <input type="checkbox"/> あり又は手続き中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> クラブ等で加入の保険の給付 ⇒ <input type="checkbox"/> あり又は手続き中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 主催者等で加入の保険給付 ⇒ <input type="checkbox"/> あり又は手続き中 <input type="checkbox"/> なし

負傷された時の状況を具体的に記入してください (何をしている時、どの様に、どこを負傷したか)

上記の内容に相違ありません

令和 年 月 日 被保険者 _____