

健康 使用 欄	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	常務理事	担当上司	担当
	認定証交付日	令和 年 月 日			
	発効年月日	令和 年 月 日			
	有効期限	令和 年 月 日	標準報酬月額		千円

健康保険限度額適用認定申請書

三谷健康保険組合 御中

※個人番号で申請される場合は、備考欄(下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

被保険者証 の記号番号	記号		事業所(会社) の名称		
	番号				
被保険者	氏名			日中連絡先電話番号	
	生年月日	昭・平 年 月 日		勤務先	- -
				携帯	- -
自宅				- -	
住所	〒 -				
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			
	傷病の原因	病気 ・ ケガ(※) ・ 出産 その他 () ケガの場合のみ、負傷した日時、場所、状況を詳しく記入してください ()			
認定証 送付先	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 医療機関 希望の送付先に ✓して下さい	*医療機関へ送付の場合は、必ずご本人に届くよう医療機関に病棟等宛先を確認してご記入下さい。			
		宛名	〒 -		
交付必要期間	*発行する認定証の有効期限は最長1年間ですが、標準報酬月額改定等の事情により交付必要期間より前の期限で発行させていただく場合があります。				
備考	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 入院予定期間などをご記入下さい。				

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。

申請日 令和 年 月 日

《注意事項》

- ※ 傷病原因が、ケガ、交通事故などで第三者(自分以外の人)が原因の場合には、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要ですので、事前に当組合までご連絡ください。
- ◎ 業務上、通勤中のケガや病気は労災適用のため対象になりません。(健康保険は使えません)
- ◎ 有効期限を過ぎて引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要になります。

【申請書送付先・問い合わせ先】

〒910-8510
福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155