【記入例】

送付先
〒108-0014
東京都港区芝4-6-6
長谷工健康保険組合

社内便または、郵送にてご提出ください。

健康保険限度額適用認定申請書

※注意事項をご確認のうえ申請してください。

該当する方にチェックしてください。

☑病気（出産含む）による申請

☐けが（骨折、打撲など）による申請→「負傷原因届」の提出もお願いします。

※交通事故や第三者による負傷、業務中・通勤中の負傷の場合は、予め健康保険組合にお申出ください。

1.申請者情報

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者氏名（自署）	生年月日
100	9999	健保　太郎	昭和 平成 令和　〇〇年〇月〇日

被保険者の住所	〒　105-〇〇〇〇 東京都港区〇〇－〇〇－〇〇　△△マンション101号室　TEL　090-1234-5678	
勤務先の 名称	株式会社〇〇〇〇	所属名　〇〇部門〇〇部
勤務先の 所在地	〒　105-〇〇〇〇 東京都港区〇〇－〇〇－〇〇	TEL　03-1111-2222

2.認定対象者

氏名	生年月日	被保険者との続柄
健保　花子	昭和 平成　〇〇年〇〇月〇〇日 令和	本人・妻・長男・母など 妻

使用期間	※治療開始予定年月をご記入ください。 令和　〇　年　〇　月　～ ※８月までの発行分については、その年の８月末日までとなります。 ９月以降の発行分については、翌年の８月末日までとなります。

3.限度額適用認定証の送付先

右欄①②③のいずれかを〇で囲んでください	①　勤務先	②　自宅	③　その他
	③を選択の場合の送付先		

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

受付年月日

健保記入欄

改定時期		標準報酬月額	区分
1			ア・イ・ウ・エ
2			ア・イ・ウ・エ