

組合記入欄	起案年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日			
	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	係
	標準報酬月額	千円	適用区分		新規・継続		
			ア・イ・ウ・エ				
			70歳以上	I・II			

### 健康保険限度額適用認定申請書

申請者記入欄	被保険者証の記号・番号	(記号) 9999	(番号) 99	事業所名 (勤務先)	株式会社 金属		
	被保険者	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 3 年 4 月 5 日	平成
		住所	〒 550 - 1234 大阪市〇〇区〇〇1丁目2-3		電話番号	TEL (日中の連絡先) 090-9999-9999	
	療養を受ける方	氏名	健保 一郎		生年月日	昭和 平成 1 年 5 月 1 日	令和
	療養予定期間	認定証の発効年月日 (開始年月日) は、厚生労働省の通知により申請書が当組合に到着 (受付) した日の属する月の初日と定められています。前月に遡っての発行はできません。					
	療養の原因	<input checked="" type="checkbox"/> ケガ (外傷) *ケガの時は下記にチェック <input type="checkbox"/> 病気					
	負傷日時	令和 年 月 日 (曜日: ) 午前・午後 時頃					
	負傷状況	<input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤時 <input type="checkbox"/> 退勤時 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	負傷場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( ) <input type="checkbox"/> 職場行事 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (遊んでいて転倒して複雑骨折)					
備考	「認定証」送付先 ※上記被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。						
	融 機 関						
	金融機関名	店名	預金種別	被保険者の口座名義・口座番号			
	フリガナ ( )	フリガナ ( )		名義人	フリガナ ケンボ タロウ		
	銀行	本店	当座	健保 太郎			
	信用金庫	支店	普通	口座番号	1234567		
代理人申請欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。						
	令和 年 月	被保険者が申請困難のと					
	氏名						
	住所			申請代理			
	電話番号			理由			
備考	被保険者証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、本人確認するための添付書類が必要です。)						

受付年月