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

# 健康保険 限度額適用認定申請書

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号・番号 | 記　号 | | 番　号 | | 事業所名称 | |
| 被保険者氏名 | | | | | 生　年　月　日 | 昭・平　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒　　－ | | | | | |
| 適用対象者氏名※ | | | | | 生　年　月　日※ | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 事由発生日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | ※ 該当者が被保険者の場合は、記入の必要はありません | |
| 使用することとなった原因 | □　ケガが原因 | | | | □　ケガ以外が原因 | |
| ケガが原因の場合に記入してください | 1. 該当するものに〇をして下さい。<br>1. 勤務中　2. 通勤途中　3. 交通事故等　4. その他（　　）<br>2. ケガの原因についてご記入ください。<br>・どこで　（　　）　・何をしているとき　（　　）<br>・どのようなケガをしたか　（　　） | | | | | |

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します

椿本チエイン健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

◎ ケガが原因の場合で、交通事故等に〇 とされた方は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

◎ 被保険者が住民税非課税の場合は、申請書が別となり非課税証明書の添付も必要となります。申請書はホームページからダウンロードできませんので健康保険組合（TEL　0774-64-5081）までご連絡ください。

※ 70歳未満の方：診療月において標準報酬月額が53万円以上の方は、住民税が非課税であっても「低所得者」の適用にはなりません。
70～74歳の方：診療月において「現役並み所得者」に該当する方は、「低所得者」の適用になりません。

【2019.5改訂】