

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	<input type="checkbox"/> ケガが原因		<input type="checkbox"/> 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○をして下さい。				
	1. 勤務中 2. 通勤途中 3. 交通事故等 4. その他()				
2. ケガの原因についてご記入ください。					
・どこで () ・何をしているとき () ・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

椿本チェーン健康保険組合 殿

令和 年 月 日

◎ ケガが原因の場合で、交通事故等に○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。