

【見本】

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	〇〇	番号	1111	事業所名称	(株) 〇〇〇〇 ※任意継続の方は名称:「任意継続」と記入
被保険者氏名	〇〇 〇〇			生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 京田辺市〇〇〇〇〇-〇〇			入院の場合: 予定日を記入 外来の場合: 月の初日を記入		
適用対象者氏名*				生年月日*	昭・平・令 年 月 日	
事由発生日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			※ 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 checked="" 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(買い物途中)					
	2. ケガの原因についてご記入ください。 ・どこで (自宅そばの路上で) ・何をしているとき (自転車で走行中) ・どのようなケガをしたか (右腕を転倒して骨折した)					

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。