

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書(新規・延長)

↑いづれかに○してください

健康保険証 記号・番号		-		
被保険者	氏名		事業所	名称
	生年月日(和暦)	年 月 日		所在地
適用対象者 (今回使う方)	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日(和暦)	年 月 日	性別	男 · 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒		
入院・外来の使用の別 (どちらかに○をしてください)		入院で使用する		外来(通院)で使用する
入院または通院の見込み期間		(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 · 未定		
使用的する医療機関名 (複数ある場合は全て記入)				
①骨折・打撲等の外傷性の病名で使用されますか?			はい · いいえ	
②車やバイクでの事故または第三者によるケガですか?			はい · いいえ	
①、②で「はい」と答えた方は、下記に詳しく理由を記入してください。(いつ、どこで、何をしている時、どうしたか)				

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。

注1) 初めて申請する時は「新規」、延長申請する場合は「延長」に○をつけてください。

注2) 延長する場合の入院(通院)期間は、先に申請した期間の続きから記入してください。

受付年月日