

発送元	常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用
事	労					

千葉県医業健康保険組合 宛

健康保険限度額適用認定申請書

更新用

被保険者	記号	番号	氏名及び 生年月日	フリガナ		
				(昭和・平成 年 月 日生)		
被保険者住所 (日中の連絡先)	〒 ( ) TEL ( )					
送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送る (右欄記入不要)		住所	〒 ( ) ※病院名、病室、担当部署名、「〇〇様方」などの記入漏れにご注意ください!		
	<input type="checkbox"/> 別の住所に送る (右欄ご記入ください)					
	<input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> その他 ( )		宛名			
お勤め先	名称					
	所在地	〒 ( )				
適用対象者 (被保険者本人の 場合は記入不要)	氏名		続柄	生年月日		
	フリガナ			昭和・平成・令和 年 月 日生		
いつから必要か ご記入ください	令和 4 年 9 月 1 日から			発効年月日は原則的には、申請のあった日の属する月の初日となります。		
受診の理由 (○をつけてください)	1. 外傷による      2. 妊娠・出産による      3. 1・2以外(疾病による)					
	「1. 外傷による」に○をつけた方は、下記の負傷の状況についてもご記入ください。					
負傷の状況 (外傷の場合のみ)	いつ	年	月	日 ( )	午前・午後	時 分頃
	どこで					
	目的	勤務中	・ 通勤途中 ・ 私用 ・ その他 ( )			
	詳細					

／ 受付印 ＼

R4.5.1

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。

令和 年 月 日

社会保険労務士による記入欄

被保険者への申請内容確認済チェック欄	<input type="checkbox"/>
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	