

記入例

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号・番号	9999 - 108	事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者の	氏名		生年月日		
		〇井 〇郎 (押)		昭和 平成	35年 8月 21日	
		住所				
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区△町〇-〇-〇					
	電話 03 (3000) 0000					
	適用対象者の	氏名		生年月日		
		〇井 〇香		昭和 平成	40年 3月 3日	
		被保険者との続柄		第三者行為によるものですか (※1)		
		妻		はい ・ いいえ		
治療に要する予定期間 (最長1年間で申請可能)						
平成 27年 1月 20日 から 平成 27年 2月 10日						

通信欄	特記事項がある場合はこちらにご記入ください。
-----	------------------------

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

※1. 第三者行為 (交通事故など) による傷病の場合は、事前に三井健保 (電話 03-3243-1406) にご連絡ください。

【申請上の注意】

- ・予定期間の1ヵ月前から申請を受付けます。
- ・認定証の効力発生日は、三井健保が申請書を受理した日が属する月の1日からとなります。

事業主の記入欄	上記のとおり申請がありましたので提出します。		平成 27年 1月 10日
	事業所の所在地	東京都中央区〇町〇-〇-〇	事業主 印 (押)
	名称	〇〇株式会社	
事業主氏名印	〇町 〇一		

健保 使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課	
	発議日	平成 年 月 日	被保険者の月額	標準報酬月額	区分
発効日	平成 年 月 日	千円	83万円以上	ア	
有効期限	平成 年 月 日		53万~79万円	イ	
			28万~50万円	ウ	
		26万円以下	エ		