

*ケンボ記入欄			
有効期限	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	交付日	R 年 月 日
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	回収日	R 年 月 日

決 裁			
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	記号・番号	—		事業所名 (会社のみ)	
	氏名 (自署)		生年月日	S・H・R 年 月 日生	
	住 所	TEL() -			
被 保 険 者 記 入 欄	氏 名		続柄	生年月日	S・H・R 年 月 日生
	①今回の療養は、第三者行為(交通事故・ケンカ等)や自損事故によって受傷したものですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⇒「はい」の場合、別途大同健保への届出が必要です。 ※無免許運転、飲酒運転などの故意による著しい不法行為の場合は保険証は使用できません。 ※自殺未遂、自傷行為、薬物中毒など、自身の故意による傷病の場合は保険証は使用できません。 ※ケンカ、泥酔による傷病は保険証が使用できない場合がありますので、事前に大同健保にご連絡ください。				
	②今回の療養は、業務上・通勤途上での傷病によるものですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒「はい」の場合、保険証は使用できません。労災保険が適用されます。					
③適用対象者は、医療助成対象者ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⇒「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他() ※上記対象者は、申請時に受給者証の写しを添付してください。高額療養費等の支給確認の際に使用します。					
上記の通り申請致します。				令和 年 月 日提出	
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿				今回の申請は <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続(認定証終了: /)	

【注意事項】

- ・限度額適用認定証の適用期間は、**大同健保が申請を受け付けた月の1日**からとなります。
受付月の前月に遡っての適用は、原則できません。
- ・限度額適用認定証の有効期限は、受付月から最長1年です。
雇用期間に定めのある方や任意継続被保険者、期間中に70歳になる方はこの限りではありません。
- ・資格がなくなった場合、有効期限が切れた場合、記載事項等に変更があった場合、使い終わった場合には、すみやかに返却してください。
- ・70歳以上の方で高齢受給者証が「2割負担」の方は、この申請は不要です。「3割負担」の方のみ申請してください。
- ・継続申請の場合、有効期限が切れてから、使用済みの認定証と合わせて、再度申請書を提出してください。
先んじての申請は受理できません。
- ・第三者行為に含まれる受傷の種類などについては、この申請書を記入する前に大同健保ホームページでご確認ください。

事業所記入欄(雇用期間等の定めの有無をいずれかに○印)			所属事業所 確認印		
雇用期間等の定めが ある ・ なし	雇用期間 (ある場合 のみ記入)	R 年 月 日から R 年 月 日まで			