

*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	課長		担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所 (会社)名	大同〇〇株式会社	
被保険者 氏 名	健保 太郎	生年月日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日生	
適用 対象者	氏 名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日生	性 別	男・女
<p>該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。</p> <p>◆身体障害者手帳、子ども・ひとり親医療など、医療費助成対象者ですか。  <input checked="" type="checkbox"/> はい(名称:〇〇市身障者 等級:3 級) <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>◆難病法に基づく特定医療費(指定難病)対象者ですか。2項目ともに どちらかに  <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <b>チェックをしてください</b></p>				
<p>使用する保険医療機関等(複数ある場合は主たるもの)</p> <p>名 称 〇〇 クリニック <b>等級はある場合のみ記入</b></p> <p>所在地 〇〇〇 .....</p> <p>今回の使用期間 (予定): R 〇 年 〇 月 〇 日 ~ R 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p><b>* 申請月の初日(その月の途中で加入の場合は加入日)からの最長1年間の発行となります</b></p>				

過去月・未来月の申請は原則不可

会社名を記入

継続して申請する場合

前回分からではなく今回の使用期間を記入

上記の通り申請致します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住 所 〇〇〇 .....

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者氏名(自署) 健保 太郎

(印) 健保

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

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 ~ R 年 月 日 まで			

← 事業所が記入

→ 社会保険担当部署の印