

新規 ・ 更新

（どちらかを〇で囲んでください）

健康保険限度額適用認定申請書

**※被保険者の情報をご記入ください。**　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　提出

税務会計監査事務所健康保険組合

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　　号 |  | 勤務先  事業所 | 名称 |  | | | | |
| 番　　号 |  | ＴＥＬ | （　　　　　　　） | | | | |
| 被保険者 | フリガナ  氏名 |  | | | | |  | |
| 生年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 資格取得  年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　 － | | | | | | |
| 自宅電話 | （　　　　） | | | 携帯電話 | （　　　　） | | |
| 認定証  交付対象者  ※被保険者**本人**の場合は、氏名欄に**本人**と記入（続柄等、その他の記入不要） | フリガナ  氏　　名 |  | | | | 被保険者  との続柄 | |  |
| 生年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 扶養認定  年月日 | 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 送付先住所  **（送付先を記入し、切手を貼付した**  **速達･返信用封筒を（長3）添付してください）** | | 〒　　　 － | | | | | | |
| 交付必要期間  ※原則、受付月の１日から１年間有効  （入院予定期間等を記入） | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 申請事由（該当番号に〇）  ※申請事由が１.の場合は、別途『負傷届』を記入・捺印の上、同封してください  （『負傷届』は、ＴＡＡけんぽのホームページ『給付関係』からダウンロードできます） | | 1. 骨折やケガなど外傷性によるもの（必ず傷病名と傷病原因を記入）   　　　傷病名：  　　　傷病原因： | | | | | | |
| ２．出産によるもの | | | | | | |
| ３．上記　１．２以外によるもの（必ず傷病名を記入）  　　　傷病名： | | | | | | |

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 組合処理欄 | 処　　理　　結　　果 | |
| 発効年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 有効期限 | 令和　　年　　月　　日 |
| 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・Ⅰ・Ⅱ |

受 付 日 付 印