

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	担当者

新規・更新

(どちらかを○で囲んでください)

健康保険限度額適用認定申請書

※被保険者証の情報をご記入ください。

令和 年 月 日 提出

記号		勤務先	名称		
番号		事業所	TEL	( )	
被保険者	フリガナ 氏名				(印)
	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○)  ※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けんぼのホーム 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