

健康保険限度額適用認定申請書

* 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、備考欄にマイナンバーを記載してください。
 (その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

★被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
 (注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ							
	×××	×××××	被保険者氏名	健保 太郎							
事業所名(所属部署)	日本たばこ産業(株) ○○○支店△△△営業部			生年月日	昭令	×	×	×	×	×	×
フリガナ	ケンポ タクヤ			生年月日	昭平	○	×	×	×	×	×
適用対象者の氏名	健保 拓也			生年月日	昭令	○	×	×	×	×	×
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にし点を付けてください。)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 外傷性(骨折・脱臼等)のけがですか ・ いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい										
発症または負傷の原因	* 『はい』の場合、負傷の原因： ----- 学校の体育の時間に、サッカーの練習をしていたとき、転倒して ----- 右足首を骨折した。										
	業務上・通勤途上によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい										
第三者の行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい											
入院・外来の別	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 * 『入院』の場合： 令和 ××年 8月 20日 より入院(予定)										
認定証の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関 <input type="checkbox"/> その他(被保険者との関係)										
認定証の送付先が『※』以外の場合、その住所等を記入	〒 []-[]										
連絡先Tel	氏名(名称)										
上記のとおり申請します。 令和 ××年 8月 10日											
住所 ○○市○○区△△町2-1											
ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者(申請者) 電話番号 ×××(×××)0000											
氏名 健保 太郎 (印)											
申請代行者が記入する欄	〒 []-[]										
	連絡先Tel										
名称(氏名) (印) 被保険者との関係											
申請代行の理由 ・ 被保険者本人が入院中で外出ができない ・ その他 ()											

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にし点にご記入下さい。

外傷性の場合、負傷の原因をご記入下さい。

入院の場合、入院する日をご記入下さい。

認定証の送付先が、被保険者の住所以外の場合、必ず送付先をご記入下さい。

郵送方法は、「簡易書留」となりますので、受取が可能な送付先にして下さい。

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

健保受付日付印

健康保険限度額適用認定申請書

* 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、備考欄にマイナンバーを記載してください。
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記号	番 号	フリガナ	ケンポ タロウ						
	×××	×××××	被保険者氏名	健保 太郎						
事業所名 (所属部署)	日本たばこ産業(株) ○○○支店△△△営業部			生年月日	昭 令	年	月	日	被 保 険 者 と の 続 柄	
フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭 令	年	月	日	被 保 険 者 と の 続 柄	
適用対象者の氏名	健保 太郎			生年月日	昭 令	年	月	日	被 保 険 者 と の 続 柄	
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は□にレ点を付けてください。)									
発 症 ま た は 負 傷 の 原 因	外傷性(骨折・脱臼等)のけがですか <input checked="" type="radio"/> いいいえ <input type="radio"/> はい *『はい』の場合、負傷の原因: ----- -----									
	業務上・通勤途上によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいいえ <input type="radio"/> はい									
	第三者の行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいいえ <input type="radio"/> はい									
入院・外来の別	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来 *『入院』の場合: 令和 ××年 8月 20日より入院(予定)									
認定証の送付先	※被保険者の住所 ・入院先医療機関 <input checked="" type="radio"/> その他(被保険者との関係 父)									
認定証の送付先が『※』以外の場合、その住所等を記入	〒 [×][×][×]-[×][×][×][×] 東京都△△区○○町2-2 連絡先Tel ×××(×××) 3333 氏名(名称) 健保 一郎									
上記のとおり申請します。	令和 ××年 8月 10日 住 所 ○○市○○区△△町2-1									
ジェイティ健康保険組合 理事長 殿	被保険者(申請者)			電話番号	×××(×××)0000				氏 名	健保 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>
申請代行者が記入する欄	被保険者およびその家族(被扶養者)の方以外が申請する場合、その連絡先等を記入			〒 [×][×][×]-[×][×][×][×]	東京都△△区○○町2-2				連絡先Tel	×××(×××) 3333
	名称(氏名)			健保 一郎 <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者との関係				父	
申請代行の理由	<input checked="" type="radio"/> 被保険者本人が入院中で外出ができない <input type="radio"/> その他()									

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、□にレ点にご記入下さい。

外傷性の場合、負傷の原因をご記入下さい。

入院の場合、入院する日をご記入下さい。

認定証の送付先が、被保険者の住所以外の場合、必ず送付先をご記入下さい。

郵送方法は、「簡易書留」となりますので、受取が可能な送付先にして下さい。

(注)申請代行者が手続きを行うときは、押印不要です。

被保険者およびその家族(被扶養者)以外が、申請代行するとき、ご記入して下さい。

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。