

- ① 当組合での受付月の初日から有効の認定証交付となります。
- ② 申請の際には適用対象者の被保険者証（保険証）のコピーを添付して下さい。
- ③ ケガの場合は負傷原因届を添付して下さい。
- ④ 限度額を更新・再度申請する場合は、旧認定証（原本）を当組合に返納する必要があります。

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | |
|---------------------|--------------|---|---------------|---|
| 健康保険被保険者証の 記号－番号 | | ○○○ — ○○○ | | |
| 事業所 | 名 称 | 株式会社 ○○○ | | |
| | 所 在 地 | 〒 ○○○ - ○○○ ○○○ ○○○○ ○○○ ○-○-○○ | | |
| 被保険者 | 氏 名 | ○○○ ○○ | | |
| | 生 年 月 日 | 昭 和 ・ 平 成 ○○○ 年 ○○○ 月 ○○○ 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住 所 | 〒 ○○○ - ○○○ TEL () ○○○ ○○○○ ○○○ ○-○-○○ | | |
| 適用対象者 | 氏 名 | ○○○ ○○ | | |
| | 生 年 月 日 | 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 ○○○ 年 ○○○ 月 ○○○ 日 | | |
| | 被保険者との 続柄 | ○○ | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住 所 | 〒 ○○○ - ○○○ TEL () ○○○ ○○○○ ○○○ ○-○-○○ | | |
| | 入院・外来区分 | 入 院 ・ 外 来 | 傷 病 名 | ○○○○○○○ |
| | 申 請 理 由 | 病 気 ・ ケガ | 入院年月日 (予定) | 令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日 から |
| 令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日 まで | | | | |

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請をします。

注意事項

- 当組合での受付月の初日から有効の認定証交付となります。
- 申請の際には適用対象者の被保険者証(保険証)のコピーを添付して下さい。
- ケガの場合は負傷原因届を添付して下さい。

受付年月日

全国外食産業ジェフ健康保険組合