常務理事	事務長		担当

健康保険限度額適用認定申請書

① 被保険者証	記　号 番　号		② 部　署　名		
③ 被保険者	氏　名		生年月日	昭和 平成	年　月　日
	住　所	〒　　携帯電話			
④ 認定証が必要な方	**※認定証を使用するのが被保険者本人の場合は④欄の記入は不要です**				
	氏　名		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
	続　柄		性　別	男　・　女	
⑤ 証発行理由					
⑥ ケガによる受診の場合のみご記入ください	負傷日	令和　年　月　日（　曜日）	□出勤日　□休日（休暇含む） □その他（　）		
	時間帯	午前 午後　時　分頃	□仕事中　□通勤途中（□出勤・退勤）　□出張中 □私用　□その他（　）		
	負傷場所	□会社内　□自宅　□外出先　□その他（　）			
	負傷状況	どのような状況で負傷したのか詳しく記入してください。 （※交通事故や他人による暴行等、第三者行為に該当する場合は別途届出が必要です。）			
⑦ 送付先	**③に記載の住所と別のところへ送付を希望する場合はご記入ください（〇〇様方も記入）**				
	送付先	〒			
	宛　名		被保険者との関係		
⑧ 確認欄	□この届出は申請者本人（被保険者）が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。				

※押印は要りませんが、チェックをしてください。

注　意　事　項

●申請書は、適用対象者１人につき１枚を提出して下さい。
　この申請書は、事業主を経由して提出されても結構です。
●有効期限は証交付後、初めて到来する7月31日までとなります。
　発効日は、申請のあった日の属する月の初日になります。
　ただし、次の場合には、その日となります。
　① 被保険者の資格を取得したとき。
　② 被扶養者の認定を受けたとき。

受　付　日　印

《提出先・問合せ先》
〒141-0032　東京都品川区大崎５丁目５番２３号
ヒロセ電機健康保険組合　　TEL 03-6431-8605