

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	123	② 部署名	総務課		
	番号	456				
③ 被保険者	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日 平成	
	住所	〒 123-4567 東京都〇〇区□□1-2-3			携帯電話	090-9999-9999
④ 認定証が必要な方	※認定証を使用			記入は不要です		
	氏名	ケガ以外の場合はこちらにご記入ください。		生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	続柄			性	骨折箇所を手術するため	
⑤ 証発行理由	盲腸になり、入院して手術することになったため。					
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 3 年 10 月 15 日 (金曜日)		<input checked="" type="checkbox"/> 出勤日	<input type="checkbox"/> 休日 (休暇含む)	
	時間帯	午前 8 時 10 分頃 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午後</span>		<input type="checkbox"/> 工作中	<input type="checkbox"/> 通勤途中 (出勤・退勤) <input type="checkbox"/> 出張中	
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 外出先 <input type="checkbox"/> その他 (道路上)		<input checked="" type="checkbox"/> 私用	<input type="checkbox"/> 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。) <span style="color: red; font-weight: bold;">仕事から帰宅後に家の近くでランニングをしていたところ、道路の段差に気が付かず転倒してしまい、右手首を骨折した。</span>				
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					
⑧ 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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 2 3 号  
ヒロセ電機健康保険組合 TEL 03-6431-8605