

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |

健康保険限度額適用認定申請書（更新用）

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|---|----------|----------------|------------------------------|--|---|
| ① 被保険者証 | 記号 | | ② 部署名 | | | | |
| | 番号 | | | | | | |
| 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) | <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> その他() |
| | 時間帯 | 午前 | 時 | 分頃 | <input type="checkbox"/> 工作中 | <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・退勤) | <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 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() | | | | | |
| | 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 | <input 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となります。
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