

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	関係者	担当者

年 月 日 申請

東北電力健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。(新規・更新)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名	記号番号	会社名	所属
	適用対象者	適用対象者生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	電話番号 【勤務先】 【その他】
	対象者住所	〒		
	認定を必要とする期間	年 月 より 【 】ヶ月間 (最大6ヶ月間) *必要な期間をご記入ください		
	受診する医療機関名	名称	住所 〒	
	傷病原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) (原因:) ※業務・通勤災害, 交通事故, 他人によるケガ等の場合は, 必ずご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 上記以外		
	医療助成について (受けている方は該当する内容を記入してください)	自己負担額について, 居住している区市町村等から医療費助成を受けているかどうか <input type="checkbox"/> 受けている [] <input type="checkbox"/> 受けていない		
	※ 認定証は, 勤務先(任意継続者の方はご自宅)へ送付いたします。 やむを得ずそれ以外の箇所に送付を希望する場合は, 下記にご記入ください。 〒			

◎後日送付する認定証は,退院や通院が終了した場合,認定証の有効期限が切れた場合など速やかにご返納ください。

健 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	適用区分	ア. 83万円以上 イ. 53万~79万円	ウ. 28万~50万円 エ. 26万円以下	証交付日 年 月 日