

# 《 記入例 》 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

任意継続の方は、  
会社名に「任意継続」と  
記載してください

〇〇年 ××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)

被保険者氏名		記号番号		会社名		所属	
電力 太郎		12-3456		東北〇×(株)		人財部 人事	
適用対象者		適用対象者生年月日		続柄	電話番号		
電力 はな		昭和・平成・令和 〇〇年××月△△日		長女	【勤務先】 910-〇〇〇〇 【その他】 090-××××-△△△△		
〒 980-〇〇〇〇 仙台市〇〇区△町〇丁目〇番×号		*必要な期間をご記入ください 〇〇年 ××月 より 【 3 】ヶ月間 (最大6ヶ月間)		*該当するものをチェックしてください (両方でも可) <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
保 険 者 記 入 欄	受診する	転院などで、記載した医療機関が 途中で変わっても有効期間内 であれば使用可能です。		東北△△病院 〒 980-0000 仙台市青葉区〇△町△丁目〇番×号			
	妊産婦医療費助成・心身障がい 医療費助成など、各種助成制度(保 険診療の自己負担分を助成)があり ます。助成を受けている場合は必 ず記入してください。		<input checked="" type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) (原因: 部活動中に転倒し、骨折 ) ※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				
			<input checked="" type="checkbox"/> 受けている [ 乳幼児・子ども医療費助成 ] <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

勤務先へ社内便(社内便がない箇所は郵便)で送付いたします。  
また、被保険者ご本人が入院など、状況に応じてご自宅・ご実家や  
医療機関(送付可能の場合のみ)へ直送することも可能ですが、その場合は  
送付先の詳細(〇〇方・医療機関名・病棟・病室など)を明記してください。

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