

《 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)		
保険者記入欄	*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
	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。	
	〒 980-0000 仙台市青葉区〇△町△丁目〇番×号	*乳幼児・子ども医療費助成 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 を教えてください。	
<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
	イ. 53万~79万円	エ. 26万円以下	年 月 日	