

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者本人が住民税非課税の場合は
「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」
にご記入ください

○使用予定期間の1ヶ月前を目安にご提出ください

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証 記号-番号	—		所属する 派遣会社		
	被 保 険 者 (本 人)	氏名	Ⓜ		電話番号 (日中の連絡先)	
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
		住所	〒 —			
	使 用 す る 人	氏名			被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
	使用開始予定月		認定証の有効期限は、原則3ヶ月です 平成 年 月から使用開始 ※ 治療が長引き、3ヶ月を超えて高額な医療費が見込まれる場合には、1年間有効の認定証を発行することもできます (不要 ・ 希望する)			
	使用することとなった原因		<input type="checkbox"/> ケガが原因 <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因			
	ケガが原因の場合 にご記入ください		いつ	平成 年 月 日 (曜日)		
			どこで	<input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input type="checkbox"/> その他()		
何をしています						
どのようなケガをした						

注 意 事 項

- ◎ 認定証の発効日は、原則、申請書受付月（組合到着月）の1日からとなります
- ◎ 在籍中の方の認定証は、派遣会社より送付されます
やむを得ず はけんけんぽ からの直送を希望される場合は、派遣会社に事前連絡のうえ、返信用封筒（郵便番号・住所・氏名を記入し切手を貼付したもの）を同封してください
- ◎ 負傷の際に相手がいる場合（交通事故・けんか等）は、「第三者の行為による傷病届」の添付が必要です

上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

記入日 平成 年 月 日

申請書提出先

- ◎ 派遣会社在籍中の方 …… 派遣会社の社会保険事務担当部署
- ◎ 任意継続被保険者の方 …… はけんけんぽ 給付課

受付日付印

健保 記入欄	事 ・ 宅 ・ 他	確 認 印	
-----------	-----------	-------------	--