人材派遣健康保険組合　御中

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
「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請」
にご記入ください

記入例

○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	7000 ― 11111		**所属する派遣会社**	○○○派遣会社	
被保険者（本人）	**氏名**	派遣　花子 派遣 ㊞	**電話番号**（日中の連絡先）	○○-××××-△△△△	
	生年月日	昭和 / 平成 50 年 4 月 5 日	**性別**	男 ・ 女	
	住所	〒 ○○○ ― △△△△ 東京都文京区○○○-△△			
使用する人	**氏名**	派遣　太郎	**被保険者との続柄**	長男	
	生年月日	昭和 / 平成 20 年 10 月 20 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　9　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	☑ ケガが原因　　☐ 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 9 月 10 日（ 木 曜日）			
	どこで	☐ 通勤途中・会社内　☑ その他（ 学校の運動場 ）			
	何をしていて	サッカーをしていて			
	どのようなケガをした	転んで右足を骨折した			

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 9 月 11 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