

常務理事	G M	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	係長	担当者

新規・更新
(どちらかを○で囲んでください)

健康保険限度額適用認定申請書

※被保険者の情報をご記入ください。 令和 年 月 日 提出

記号		勤務先	名称				
番号		事業所	TEL	()			
被保険者	フリガナ氏名						(印)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日					
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日					
	住所	〒 -					
	自宅電話	()	携帯電話	()			
認定証 交付対象者 ※被保険者本人の 場合は、氏名欄に本 人と記入(続柄等、 その他の記入不要)	フリガナ氏名					被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日					
	扶養認定年月日	昭・平・令 年 月 日					
送付先住所 (送付先を記入し、切手を貼付した 速達・返信用封筒を(長3)添付してくだ さい)		〒 -					
交付必要期間 ※原則、受付月の1日から1年間有効 (入院予定期間等を記入)		年 月 日 ~ 年 月 日					
申請事由(該当番号に○) ※申請事由が1.の場合は、別途『負傷届』を記入・捺印の上、同封してください (『負傷届』は、TAAけんぽのホーム ページ『給付関係』からダウンロードで きます)		1. 骨折やケガなど外傷性によるもの(必ず傷病名と傷病原因を記入) 傷病名: _____ 傷病原因: _____ 2. 出産によるもの 3. 上記 1. 2以外によるもの(必ず傷病名を記入) 傷病名: _____					

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。

組合 処理 欄	処 理 結 果	
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・I・II

受付日付印