

【提出ルート】

申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

健康保険限度額適用認定申請書

※太枠の中をご記入ください。

令和 年 月 日 提出

健康保険証の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別
記号	番号			昭和・平成		男・女
				年 月 日		
自宅住所	〒 ー					TEL ()
事業所名		勤務先 TEL	外線： () 内線： ()			
適用対象者 <small>※被保険者が対象の場合は省略可</small>	氏名		被保険者との続柄	生年月日		性別
				昭和・平成・令和		男・女
				年 月 日		
医療費助成制度	市区町村から医療費助成制度の交付を <input type="checkbox"/> 受けている → 下記該当に○をつけ受給者証のコピーを添付してください (1.心身障がい者医療費助成制度 2.ひとり親医療費助成制度 3.子ども乳幼児医療助成制度) <input type="checkbox"/> 受けていない					
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか等)によるものですか?					<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
当該傷病は業務上、または通勤途中に起きたものですか?					<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
入院・外来の別	入院 ・ 外来					
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。						
「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。						
申請代行者欄	氏名		被保険者との関係			
			申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

【注意事項】

- 「認定証」の発効年月日は、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。
受付月の前月に遡っての適用は、できません。
- 有効期限が切れたとき、保険証が使えなくなったときは「認定証」を事業主人事担当(当組合)に返却してください。
- 有効期限後も「認定証」の交付が必要な場合は、再度申請を行なってください。
- 低所得者(住民税非課税世帯)の方は書式が異なりますのでご連絡ください。

事業所業務担当者

印

健保受付印

スタンレー電気健康保険組合
〒153-8636 東京都目黒区中目黒2-9-13
Tel: 03-6866-2601 Fax: 03-6866-2273

(改訂R5.4)