

健康保険
限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	課長	適用主任	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等記号 - 番号		被保険者氏名		
	-		フリガナ		
	性別		生年月日		
	男・女		昭和・平成・令和		
			年 月 日		
	住所				
	〒 - 電話 - -				
事業所	名称		所在地		
			〒 -		
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	氏名			被保険者との続柄	
	フリガナ				
	性別		生年月日		
	男・女		昭和・平成・令和		
			年 月 日		
	外傷により入院または外来診療を受ける場合は負傷状況などを詳しくご記入下さい。				
	負傷日時	令和	年	月	日 () 午前・午後
負傷場所		何をしていたとき	勤務中・通勤途中 その他 ()		
負傷した経緯					

(千葉県トラック健康保険組合)

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請致します。

<限度額適用認定証の送付先>	
被保険者自宅・それ以外 ※それ以外の場合は下記に送付先をご記入下さい。	
住所：	
宛名：	

令和 年 月 日提出

受 付 印
確 認 印

**マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。
限度額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。**

