

記入例

| | | | |
|----------------|------|-----|----|
| 住友商事 健康保険組合 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | | |

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

住友商事健康保険組合理事長殿

下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。

申請書記入日 令和 年 月 日

太枠内のみご記入ください。

| | | | |
|--|---|--|---------------|
| 健康保険被保険者証の 記号 | | 被保険者氏名 | |
| 番号 | | 住友 太郎 | |
| 5 | 512345 | 署名する場合、押印を省略可 | |
| 被保険者住所 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都千代田区一ツ橋〇-〇-〇 | | |
| 事業所名 | 特例退職 (被保険者が在職の場合は、保険証に記載の事業所名称をご記入ください。) | 連絡先電話番号 | 000-0000-0000 |
| 適用 対象者 について | 適用対象者氏名 | 続柄 | 性別 |
| | 住友 花子 | 妻 | 男・女 |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 〇〇年 〇月 〇日 |
| | 入院・通院予定 (又は入院・通院中)の 保険医療機関名・電話番号 | 医療機関名 | 入院・通院の別(該当に○) |
| | 〇〇〇〇 病院 | ① 入院で高額になる | |
| | 電話番号 | ② 通院で高額になる | |
| | 〇3 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 | ③ 両方とも高額になる | |
| | 限度額適用認定が必要 と見込まれる期間 (認定証の交付期間(月単位)) | 医療費が高額になると見込まれる認定証が必要な期間(月単位)をご記入ください。 | |
| | | 令和 〇〇年 10月 ~ 令和 〇〇年 11月 | |
| | 入院・通院の開始日および 退院・通院終了予定日 | 日程が分かる場合はご記入ください。退院日や通院終了日未定の場合は開始日のみご記入ください。 | |
| | | 令和 〇〇年 10月 30日 ~ 令和 〇〇年 11月 10日 | |
| 治療の内容 (1または2に○) | 1. 病気 | 病気の内容を記載してください。 | |
| | ② 負傷 | 負傷の理由・内容を記載してください。 | |
| | | 運動中に靭帯を断裂し、入院・手術をすることとなった。 | |
| | | 負傷原因に関して、該当するものに○をつけてください。④については内容をご記入ください。 | |
| | | ①交通事故 ②他人の加害行為 ③通勤途中の負傷 ④その他(テニス中に負傷した) | |
| | | 負傷の場合、下記を必ずご提出ください。付加金の支給がある場合、必須となります。 | |
| | | ①②の場合は別紙「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。 | |
| | | ③④の場合は別紙「健康保険負傷届」の提出が必要です。③の場合、労災に該当するかを会社の人事にご確認ください。 | |
| 認定証送付先住所・氏名 | 〒 - | | |
| 被保険者住所と異なる場合に記載※ | ※住友商事(株)の方で社内便送付でもよろしい方は、部署名・所在地をご記入下さい。 | | |
| 被保険者・被扶養者以外の方が 代理受取される場合 (該当するものに○および記入) | ・ 代理受取者 了承済み (受取者氏名) (受取者TEL) | ・ 代理受取者の了承 を得ていない | |

(注)被保険者以外の方が申請される場合や代理受取者の了承を得ていない場合に申請を受理いたしかねる場合があります。予めご了承ください。

限度額適用認定証が不用になった場合や有効期限が過ぎた場合は必ず当組合に返納してください。

| | | |
|---------------------------------|--------|----------|
| 健 保 組 合 記 入 欄 | 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 発効年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 有効期限 | 令和 年 月 日 |
| | 適用区分 | |
| | 認定証回収日 | 令和 年 月 日 |

| |
|--------|
| 受付年月日 |
| 標準報酬月額 |