

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

常務理事	事務局長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記号	番号		
被 保 険 者	フリガナ 氏名	昭和 ・ 平成		事業所 名称	所在地
	生年月日	年	月		
	住所 電話番号	〒 ー ()			
適 用 対 象 者	フリガナ 氏名	昭和 ・ 平成		被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別 男 ・ 女
病気またはケガの原因	ケガまたはケガが原因の病気(外傷性)ですか? はい ・ いいえ ※「はい」に丸をつけた方は、「負傷の原因に関する調書」を添付してください				
入院予定期間 (入院の場合のみ記入)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
限度額認定証の 希望送付先住所 (被保険者住所と同じ場合は記入不要)	〒 ー				

※被保険者・認定対象者以外の方が申請する場合は下欄をご記入ください。

申請代行者	フリガナ 氏名	被保険者との関係	
	住所 電話番号	〒 ー ()	
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他()		

上記のとおり健康保険限度額適用認定書の交付を申請します。平成 年 月 日

東京都皮革産業健康保険組合理事長 殿

注意事項

受付日付印

- ◎認定証の発行年月日については、健康保険組合に受付された日の属する月の初日となります。
- ◎被保険者が住民税非課税の場合は「非課税証明書」を添付の上、別紙「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」にて申請してください。
- ◎外傷の場合は別紙「負傷の原因に関する調書」、第三者行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。