

健 保 記 入 欄	発行日	平成 年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ
	有効期限	平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで		

課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書(代行申請用)

※必ず必要な事項を全て記入(及び捺印)して下さい。訂正箇所については、添付して下さい。押印した印と同一印で訂正下さい。必要書類等不明な方は、当組合ホームページをご参照ください。

被 保 険 者 適 用 対 象 者 申 請 代 行 者 欄	被保険者証の記号番号	一	被保険者氏名				
	標準報酬月額		千円	被保険者生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	事業所	名称					
		所在地					
		電話番号					
	適用対象者	氏名		被保険者との続柄			
		生年月日	昭和・平成	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	被保険者の	住所	〒				
		電話番号	-----				
	認定書発送希望場所 (番号に○をつけて下さい)	住所		1. 事業所 (本人・担当者< >様) 宛			
		住所		2. 被保険者の住所			
		住所		3. その他			
	3. を選んだ方のみ記入	住所	〒				
		名称					
	使用(予定)期間	平成 年 月		～	平成 年 月		
傷病原因(どちらかに○)	外傷性(ケガ)によるもの		・	病気によるもの			
申請代行者	氏名・印		被保険者との関係				
	住所	〒					
	電話番号	-----					
被保険者が申請できない理由							

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03(3576)3511

平成 年 月 日

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。

注意事項

- ◆認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。(申請のあった月に資格取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、または扶養認定日となります。)
- ◆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、「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。
- ◆入院療養等にかかる傷病原因が、ケガなどの外傷性の場合、別紙「負傷原因届」の添付が必要です。(初回申請時)

~~~~~  
受 付

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合