

健康 保 険 組 合 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(任意継続用)

※被保険者証の記号番号、標準報酬月額、被保険者氏名・印、被保険者生年月日、昭和・平成 年 月 日、事業所、所在地、電話番号、氏名、生年月日、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、名称、使用(予定)期間、傷病原因(どちらかに○)を記入してください。当組合・給付係までご連絡下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	—		被保険者氏名・印	⑩	
	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	任意継続者			
		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)	1. 被保険者の住所				
2. その他						
2. 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					

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。
- ◆傷病原因が、ケガなどの外傷性の場合は、別紙「負傷原因届」の添付が必要です。(初回申請時)

受 付