

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

記入例

健康保険限度額適用認定申請書(代行申請用)

※必要事項を全て記入（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	16-100	被 保 険 者 氏 名	健保 花子		
	標 準 報 酬 月 額	200 千円	被 保 険 者 生 年 月 日	昭和・平成 36 年 7 月 11 日		
	事 業 所	名 称	〇〇〇〇株式会社			
		所 在 地	豊島区南大塚1-2-3			
		電話番号	03-12XX-XX78			
	適 用 対 象 者	氏 名	健保 花子	被 保 険 者 と の 続 柄	本人	
		生 年 月 日	昭和・平成 36 年 7 月 11 日	性 別	男 ・ 女	
	被 保 険 者 の	住 所	〒 120-0012 足立区青井1-3-5			
		電話番号	03-3333-XXXX			
	認 定 書 発 送 希 望 場 所 (番号に○をつけて下さい)	1. 事 業 所 (本 人 ・ 担 当 者 < > 様) 宛				
② 被 保 険 者 の 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 27 年 4 月 ~ 平成 28 年 3 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 欄	申 請 代 行 者	氏 名 ・ 印	鈴木 太郎 印	被 保 険 者 と の 関 係	同僚	
		住 所	〒 116-0002 荒川区荒川1-2-3			
		電話番号	03-XXXX-5555			
	被 保 険 者 が 申 請 で き な い 理 由	入院中のため				

平成 27 年 3 月 29 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

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03(3576)3511