

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

DMG森精機健康保険組合 御中

被保険者証の記号番号	8500-0000	社員番号	1234567	
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所の名称	〇〇事業所
	生年月日	00年 00月 00日	所属	総務課
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	00年 00月 00日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者の住所・連絡先		〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町106		
		電話番号	0000(00)0000	

病院名	〇〇大学付属病院		
傷病名	胃がん		
手術内容/調剤内容など	胃がんの為、胃の全摘出手術をおこないます。		
第三者の行為(交通事故等)による負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	第三者の行為による場合は、別途「第三者行為の届出」を行ってください。	
申請期間	00年 00月 00日 から	00年 00月 00日まで	10日間

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。

00年 00月 00日 提出

〔注意事項〕

- マイナンバーカード(保険証連携済)で受診する場合は、限度額適用認定証の申請手続は不要です。
- 申請期間は、医療機関にご確認のうえ、必ず記入願います。
- 申請期間は、申請書を受付けた日の属する月の1日から最長で1年間の範囲となります。
- 使用後もしくは有効期限に到達した場合は、速やかに認定証を当健保組合へ返却ください。