

申請書を記入した日

保存期間:3年間(会計年度)

年 月 日

継続申請の場合は2週間前より受付ます

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

記入例

被保険者の住所・氏名・生年月日を記入

被保険者

住所 ××××××××××××

氏名 ○ ○ ○ ○

生年月日 年 月 日生

(連絡先内線 - )

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	××× - ○○○	所属事業所	限度額証を使用される方の 氏名・生年月日等を記入	
	氏名	○ ○ ○ ○	続柄・年齢	(続柄) 本人・妻・長男・長女など	(年齢) ○○
	生年月日	○○年○月○日生	住所	限度額証を使用される方の 住所・電話番号を記入	
	住所	〒 (電話番号)	ケガによる診療を される場合	・交通事故あり(健保へご連絡下さい) ・交通事故なし	
	入院日・退院日が未定の場合は空欄	入院・通院	入院予定日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	マイナ保険証 利用不可理由	マイナンバーカード 未作成 <input type="checkbox"/>	マイナンバーカードを 利用したくない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未対応の医療機関	<input type="checkbox"/> 病院からの指示

該当するものに

となりました。健保へ到着した日の月の1日から半年間有効のものを発行します。

\* 適用対象者が被保険者本人の場合は、適用対象者氏名欄に「被保険者本人」と記載してください。

\* 「所属事業所」 特例退職者・任意継続の方は、無記入 70歳以上で2割負担の場合発行不要です。

健 保 使 用 欄	交付年月日	年 月 日	回収年月日	年 月 日	
	発効年月日	無記入			年 月 日
	標準報酬等級				・イ・ウ・エ・現I
	管理通番			備考	
	送付先	事業所	自宅	社労士事務所	送付日 / 簡易書留 手渡し 適用と一緒に送付

東京瓦斯健康保険組合				
常務理事		事務長		担当者

--	--	--	--	--	--