

令和 年 月 日 下記のとおり認定証を交付してよろしいか。							
常務理事	事務長					法定区分決定	所得区分
						標準報酬月額 千円	ア・イ・ウ・エ 現役並み1・2

健康保険限度額適用認定証交付申請書

①被保険者証 記号—番号		—					
②被保険者	氏 名				③ 事 業 所	名 称	
	生年月日	昭・平 年 月 日				所在地	
④交付対象者 <small>(被保険者の 場合は記入不要)</small>	氏 名				被保険者 との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			性 別	男 ・ 女	
⑤ 交付必要期間 療養予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
⑥ 送付先 ○をつけて ください 自宅以外は 送付先を記入	自 宅	下 記 の 住 所 ⑦ へ					
	会 社	〒 —————					
	そ の 他						

※傷病が負傷(ケガ)の場合には、負傷届が必要となりますので、必ず裏面の負傷届にご記入ください。
**交通事故など第三者(加害者)の行為で負傷(ケガ)をした場合には、「第三者行為による負傷届」(交通事故の
 場合は事故証明書)の添付が必要となりますので健保まで連絡をお願いします。**

マイナ保険証をご利用の方は、この申請は不要です。
 まだ登録手続きがお済みでない方は、是非登録をお願いします (マイナ保険証で受診すると限度額認定証
 がなくても、高額療養費制度の自己負担限度額を超える医療費の立替払いが不要となります)。
 ※マイナ保険証を利用する場合も、負傷 (ケガ) の場合は負傷届が必要です。

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。

令和 年 月 日

大阪府貨物運送健康保険組合 殿

⑦ 住 所

被保険者 氏 名

電話番号(日中の連絡先) () —

社会保険労務士の提出代行者印

