



支社長
確認印
太陽生命
営業職員
印
山

←任意継続の方は記入不要
←太陽生命営業職員の方は支
社長確認印をお願いします

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

申請日:平成 年 月 日

※全額窓口清算された場合は後日登録口座に限度額超過分をお支払いしますので申請は不要です

※限度額適用認定証は、退院時の清算の際に提示するもので、通常

※70歳以上の方は高齢受給者証で対応できますので申請不要です

「事業所」欄は
任意継続者は記入不要

事業所	名称	太陽生命保険(株) 東京支社				
記号番号	記号	111	番号	11111		
被保険者	氏名・印	太陽 花子 太	生年月日	S・H	60年 12月 12日	
適用対象者 (認定証を使う方) <small>※住所は必須です</small>	氏名	同上	生年月日	S・H	年 月 日	
	続柄	本人	<small>※本人の場合は「本人」と記入</small>		性別	男・ 女
	住所	〒0000-0000 東京都中央区日本橋0-0-0 太陽マンション111 <small>※適用対象者の住所を記入</small>				
使用目的 <small>【注意】以下については保険適用外です ★通勤途中・業務中の事故→労災適用 ★第三者行為による傷病→「第三者行為による傷病届」を届出ください(TOPページ→病気やケガをしたとき→交通事故にあったとき、を参照)</small>	目的(いずれかに○)	入院 ・ 外来(薬局) ・ 入院・外来両方				
	使用期間(予定)	H28年4月10日から		H28年12月20日まで		
	手術日(予定)	H28年4月12日			<small>※入院期間・手術日はわかる範囲の記入で結構です</small>	
	病院名・薬局名等	ひまわり病院				
	傷病名	大腿骨骨折				
	※ケガの場合に記入	●月日:4月10日 15時頃 ●場所:自宅のマンション内 ●状況:重い荷物を持って階段を上り途中で足を踏み外し落下				
発効開始希望月 (いずれかに○)	健保受付日の前月1日から <small>※前月末清算で病院に待ってもらえる場合</small>		健保受付月の1日から <small>※通常はこちらです</small>			
送付先 (いずれかに○)	自宅・()希望 ★あて先記入の封筒に、392円分の切手(書留料金です)を貼付して添付下さい。受取人が必要となりますのでご留意下さい。		事業所・所属部署・支社 通常は左上の所属宛てに送付します			

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。

任意継続者はご自宅に送付しません。あて先記入の封筒も不要です

- 有効期限は使用予定期間の原則翌月末、又は8月31日です
 - 8月～9月にかかる場合は8月までの申請書と9月以降の申請書2枚を提出下さい
 - 月額変更により所得区分が変更になる見込の場合は有効期限を短縮することがありますが以降の分につきましては、月額変更確定後に送付いたします。
 - 使用予定期間は必ずご記入下さい。未記入の場合は開始月月末とさせていただきます
 - 自費で支払った場合でも、高額該当分は、後日返金しますので申請は必須ではありません
- ※本人が記入できない場合は事業所担当者が記載し職印対応でかまいません