常務理事	事務長	次　長	課　長	課長代理	係　長	主　任	係

健康保険限度額適用認定申請書

事　業　所 （任意継続者記入不要）	名　　称	
	所 在 地	〒　　－
被 保 険 者	記号 － 番号	－
	氏　　名	
	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日
	住　　所	〒　　－ ＴＥＬ　　（　　）
適 用 対 象 者	氏　　名	
	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日
郵　送　先 ★ 右記 ① ② ③ いずれかに ○をつけてください ※ 記入が無い場合は自宅へ送付します	①　自宅（被保険者住所）　②　事業所　③　その他 ※ ② ③ に○をつけた場合は下記に住所・会社名・病院名・個人名等をご記入ください 〒　　－ ※ ③ に○をつけた場合は【　】に詳細をご記入ください　（下記記入例参照） 記入例：郵送先が病院の場合(※1)→入院中のため、実家の場合→実家で療養中のため など 【　　】 ※1　事前に病院側の了承を得ている ・ いない	

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

【申請方法等】 必ずお読みください

※ 申請書原本をご郵送ください。お急ぎの場合は、FAX（03-3624-7407）で仮申請できますが、後日必ず原本をご郵送ください。
※ 骨折など外傷性のケガで受診する場合は、「負傷原因回答書」を添付してください。
※ 交通事故などの第三者行為、業務中や通勤途中のケガの場合は、事前にご連絡ください。
※ 認定証は、申請書が到着した日（当組合受付日）に発行し郵送いたします。
※ 発効日は申請書受付日の属する月の1日からとなっており、有効期限は最長1年間です。（発効日を遡っての発行はできません。）

受付年月日

パッケージ工業健康保険組合