

処 理 結 果	
発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 末
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号
被保険者 (申請者)	氏名	印	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
対象者 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日
病気または怪我の原因		外傷性(怪我または怪我が原因の病気)ですか？	
		第三者行為(他人の行為によるもの)ですか？	
		「はい」と○を付けた人はその原因を記入してください。	
認定証交付対象者の住所 電話番号		電話番号 ()	

被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。			
申請代行者 氏名	印	被保険者との続柄	
申請代行者のご連絡先			
申請代行の理由	1 被保険者本人が外出できないため。		認定証送付先
	2 その他()		被保険者自宅・申請代行者自宅・事業所 その他(〒 -)
※ 傷病が、業務上又は通勤途上に発生したものである場合は、健康保険は適用されません。従いまして、勤務先(事業主)へ業務災害又は通勤災害の手続きを依頼してください。			
※ 傷病の原因が第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。			

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。

平成 年 月 日

セメント商工健康保険組合理事長 殿

問い合わせ先 業務第二課 03-3409-7918

[限度額適用認定証の申請における留意事項]

- 1 有効期限は発効日の属する月から原則最長1年以内の月末となります。
- 2 被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際には、認定証を返却してください。
 - ① 被保険者が資格喪失したとき。
 - ② 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
 - ③ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
 - ④ 被保険者が所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。
(この場合は再度申請が必要となります。)
 - ⑤ 認定証の有効期限に達したとき。
 - ⑥ 適用対象者が70歳に達する月の翌日に至ったとき。
 - ⑦ 適用対象者が後期高齢者医療障害者認定受給対象者となったとき。