

処 理 結 果	
発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 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

記載例-本人

被保険者証記号番号		記号 9999	番号 9999
被保険者 (申請者)	氏名	渋谷 一郎 (渋谷印)	事業所 名称 〇〇〇〇セメント株式会社
	生年月日	昭 平 43 年 4 月 1 日	所在地 東京都渋谷区西〇〇〇
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 年 月 日 平成	性別 男・女
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?		はい・いいえ
	第三者行為(他人の行為によるもの)ですか?		はい・いいえ
	「はい」と〇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	〒 150 - 0000 東京都渋谷区〇〇〇		電話番号 03 (1234) 5678

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。 2 その他()	認定証送付先 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

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

記載例-家族

被保険者証記号番号		記号 9999	番号 9999
被保険者 (申請者)	氏名	渋谷 一郎 (渋谷印)	事業所 名称 〇〇〇〇セメント株式会社
	生年月日	昭平 43年4月1日	所在地 東京都渋谷区西〇〇〇
対象者 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	渋谷 東子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭平 44年5月7日	性別 男・女
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?		はい・いいえ
	第三者行為(他人の行為によるもの)ですか?		はい・いいえ
	「はい」と〇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	〒150-0000 東京都渋谷区〇〇〇 電話番号 03 (1234) 5678		

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。 2 その他()	認定証送付先 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

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

記載例-代行

被保険者証記号番号		記号 9999	番号 9999
被保険者 (申請者)	氏名	渋谷 一郎 (渋谷印)	事業所 名称 〇〇〇〇セメント株式会社
	生年月日	昭 平 43 年 4 月 1 日	所在地 東京都渋谷区西〇〇〇
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 年 月 日 平成	性別 男・女
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?		はい・いいえ
	第三者行為(他人の行為によるもの)ですか?		はい・いいえ
	「はい」と〇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	〒 150 - 0000 東京都渋谷区〇〇〇		電話番号 03 (1234) 5678

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	〇〇〇〇セメント株式会社 管理課長 大崎 修 印 (大崎)	被保険者との続柄	事務担当者
申請代行者のご連絡先	東京都渋谷区西〇〇〇 〇〇〇〇セメント株式会社 電話03-6666-0000		
申請代行の理由	①被保険者本人が入院中で外出できないため 認定証送付先 被保険者自宅・申請代行者自宅・事業所 ②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