常務理事	事務長	課長	係長	担当者	所得区分
					A ・ B
					標準報酬月額
					千円

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証の記号－番号			○○○ ― ○○○		
事業所	名　　称		○○○○○○		
	所 在 地		○○○○○○○○○○		
被保険者	氏　　名		○○ ○○ 印	性別	男 ・ 女
	生年月日		昭和 ・ 平 成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
	住　　所		〒 ○○○ ― ○○○○ TEL ○○○（○○○）○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○ ○○－○○－○○		
適用対象者	氏　　名		○○ ○○	性別	男 ・ 女
	生年月日		昭和 ・ 平 成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
	被保険者との続柄		○○		
	住　　所		〒 ○○○ ― ○○○○ TEL ○○○（○○○）○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○ ○○－○○－○○		
	入院･外来区分		入院 ・ 外来	傷 病 名	○○○○○○○
	申請理由		病気 ・ 出産 ・ ケガ	出産の場合 出産予定日	平成 年 月 日 予定
	ケガの場合	負傷の日時	平成○○年○○月○○日 午前 ・ 午後 ○○時○○分 頃		
		負傷の時	出勤前 出勤途中 ・ 勤務中 ・ 退勤途中 ・ 退社後 ・ 出張中 ・ 休日		
		負傷した時の状況	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請をします。

受付年月日

（注意事項）

○申請の際には適用対象者の被保険者証のコピーを添付して下さい。

○申請月の初日から有効の認定証交付となり、外来の場合は原則として認定証提示後の診療分から対象となります。

○ケガの場合は負傷原因届を添付して下さい。

全国外食産業ジェフ健康保険組合