

供 閲 覧	常務理事	事務長	課長	担当者

日本ユニシス健康保険組合 御中

令和 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		—	連絡先（電話）	
被保険者	氏名	Ⓜ		
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
外傷か否か (いずれか選択)	はい ・ いいえ	第三者行為か否か (いずれか選択) ※1	はい ・ いいえ	
認定希望期間 ※2	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
送付希望先 (所属 または 住所)	〒			

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。

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務以外には使用しません)

- ※1 第三者行為とは、交通事故など第三者の行為による傷病かどうかをご記入下さい。
 - ※2 健保組合から発行された健康保険限度額適用認定証を使用して診療を受ける見込みの期間をご記入下さい。
- 任継・特例の方の申請できる「最長有効期限」は、原則「3月末まで」、
一般社員及びその被扶養者の方は、3月末か8月末までのいずれか近い方となります。

