

記入例

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 2年 8月 10日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号	101-111111	連絡先（電話）	内線12345
被保険者	氏名	豊洲 太郎 印	
	生年月日	昭和 55年 5月 5日 平成 令和	
適用対象者	氏名	豊洲 花子	被保険者との続柄 長女
	生年月日	昭和 15年 3月 3日 平成 令和	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 2年 8月 2日 ~ 令和 2年 8月 25日		
認定証送付希望先 (所属 または 住所)	〒 173-0021 東京都千代田区有楽町1-1-1 豊洲 花子		

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。

一般社員及びその被扶養者の方は8月末まで、任継・特例の方は3月末まで継続して申請できます。

