

※	常務理事	事務長	担当者	法定区分決定決議					
				標準報酬月額 (千円)	ア・イ・ウ・エ 継続				
	起案	令和	年	月	日	決裁	令和	年	月

健康保険限度額適用認定申請書(新規・継続)

被保険者	記号・番号	・	氏名				
	事業所名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
適用対象者	氏名				続柄		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 -					
TEL ()							

※下記①、②はいずれも該当するものに○をし、必要事項を記入してください。

①申請理由	病気()・怪我(下記⑤欄記入ください) 出産・その他()
②送付先	事業所・自宅・その他(その他の場合は③に該当住所、宛名等を記入してください)
③〒	-
④通院開始日・入院の場合は、入院(予定)日	年 月 日

上記①で怪我に○をされた方は怪我をした時の状況について記入してください。

⑤ 負傷時の状況	いつ	年 月 日()	時頃	どこで	
	何をしている時に				
	どう怪我をしましたか				
	移動中の場合、どこからどこへ移動しようとしていましたか				

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

大阪府電気工事健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名 (印)

※この申請は、70歳未満の方が対象です。

継続申請希望の場合は、以前発行している認定証を添付のうえ申請してください。

※被保険者が市町村民税非課税である場合には、限度額が変更になることもありますので、該当される方は組合までご相談ください。