常務理事	事務長	

テルモ健康保険組合　宛

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			事業所	名　称	
被保険者	氏　名			所　属	
	生年月日	年　　月　　日		勤務地	
適用対象者	氏　名		被保険者との続柄		
	生年月日	年　　月　　日	性別		男　・　女
□入院予定期間 □外来通院予定期間 ※□にチェックして下さい。	年　　月　1日　～　　年　　月　　日（最長1年間まで） ※有効期間：書類受付日の属する月の1日から最長1年間。以降は、1年毎の更新が必要。 ※受付月以前の有効期間開始は事前に健保までご連絡をお願い致します。				
「認定証」の送付先 ※希望送付先に〇または記入	1. 事業所勤務先（社内便）　　2.下記住所 ① 医療機関送付の場合、医事課の許可をお取り下さい。 ② 他家送付の場合〇〇様方のご記入をお願いします。				
限度額認定証の送付先	〒				
必須：申請時チェック項目	1.住民税非課税世帯ですか？　いいえ　　はい→非課税証明書添付 2.被保険者以外の申請ですか？　いいえ　　はい　↓ **代理人氏名：**　　**被保険者とのご関係：** ※代理人とはテルモ健保の被保険者又は被扶養者です。 3.第三者（交通事故、けんか等）・出張中の負傷ですか？　いいえ　はい　↓ 原則、健康保険証は使用できません。健保へ必ずご連絡下さい。				
備考欄					

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。

付　年　月
受　　日