

※ 健保使用欄 ※

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

年 月 日 提出

被 保 険 者	被保険者証 記号		番号		事業所 名称 (会社名)	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	連絡先 電話番号	
	住所	〒				

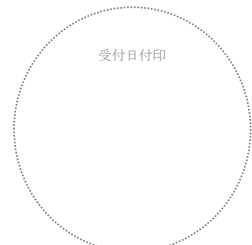
適 用 対 象 者	フリガナ 氏名		被保険者 との続柄				
	生年月日	年	月	日			
	診療を受ける 医療機関	名称					
		所在地					
		電話番号					
	診療区分	入院			・	通院	
	入院(予定)期間	年	月	～	外傷性による入院	はい	・
外傷性による負傷の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自損事故・第三者行為)			<input type="checkbox"/> 工作中・通勤途中	<input type="checkbox"/> その他		

※勤務先での受取が 不可能な場合に ご記入下さい	A. 被保険者住所に送付 B. その他送付先 (〒)
--------------------------------	--

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

エイベックス・グループ健康保険組合 殿

※発効年月日は、原則当組合にて申請書を受付した月の初日から有効となります。
 ※外傷性による入院の場合は負傷原因届を送付いたしますので、必ずご回答お願いいたします。



エイベックス・グループ健康保険組合

記入例

※ 健保使用欄 ※

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

年 月 日 提出

被 保 険 者	被保険者証 記号	1101	番号	9999	事業所 名称 (会社名)	〇〇〇〇(株)			
	氏名	〇〇 〇〇							
	生年月日	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	連絡先 電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	〒 123-4567 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101							

適 用 対 象 者	フリガナ 氏名	〇〇 〇〇	被保険者 との続柄	妻					
	生年月日	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
	診療を受ける 医療機関	名称	入院される病院の【名称・所在地・電話番号】をご記入ください						
		所在地							
		電話番号							
	診療区分	入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/>							
入院(予定)期間	〇〇〇〇年 〇〇月 ~	外傷性による入院	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>						
外傷性による負傷の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自損事故・第三者行為) <input type="checkbox"/> 工作中・通勤途中 <input type="checkbox"/> その他								

※勤務先での受取が 不可能な場合に ご記入下さい	A. 被保険者住所に送付
	B. その他送付先 〒

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

エイベックス・グループ健康保険組合 殿

※発効年月日は、原則当組合にて申請書を受付した月の初日から有効となります。
※外傷性による入院の場合は負傷原因届を送付いたしますので、必ずご回答お願いいたします。

