※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

被保険者欄							
被保険者等	記号		番号		事業所名称（会社名）		
氏　名							
生年月日	昭和 平成	年　　月　　日	連絡先	電話番号			
				メールアドレス			
住　所	〒　　－						

適用対象者欄				
フリガナ 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
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		令和　　年　　月 ～	外傷性による入院	はい　・　いいえ
外傷性による負傷の原因		□ 交通事故（自損事故・第三者行為）　□ 仕事中・通勤途中　□ その他		

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

受付日付印

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、必ずご回答をお願いいたします。

エイベックス・グループ健康保険組合