

※	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・オ				
	起案	平成	年	月	日	決裁	平成	年	月

健康保険限度額適用認定申請書

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	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 -					
		TEL ()					

※下記①と②、双方どちらかに○をし、通院もしくは入院予定日を記入してください。

①今回の通院・入院の理由	病気・怪我	②認定証の送付希望先	事業所・自宅
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。

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。
平成 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。

※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。