

【お願い】

この申請書は、対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長		

被保険者
被扶養者
限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	(記号) 2	(番号) 1111		
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所名称 (株)〇〇〇〇
	生年月日	昭 平 令	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生	
対象者	氏名	健保 一郎		被保険者との続柄 長男
	生年月日	昭 平 令	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生	
療養開始日 (予定日でも可)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		入院・外来	療養の原因 外傷・ その他
※療養の原因が外傷の場合のみ、どのように負傷したのか詳細をご記入下さい。	負傷日時	令和 年 月 日 (曜日)		
	負傷状況1	<input type="checkbox"/> 工作中又は業務に関わる移動中 <input type="checkbox"/> 通勤又は帰宅途中 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 休日の外出時 <input type="checkbox"/> その他()		
	負傷状況2	<input type="checkbox"/> 交通事故(<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 相手がいる場合) <input type="checkbox"/> 交通事故以外(<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 相手がいる場合)		
	負傷原因	負傷したときの状況・原因を記入してください。		
被保険者の連絡先	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		Tel (111) 1111 - 1111	
認定証送付先住所 (被保険者の住所と同じ場合は省略可)	〒 同上		Tel () -	
上記のとおり申請いたします。				
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 コスモスイニシアグループ健康保険組合 理事長 殿				

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

<申請先> 〒108-0014 東京都港区芝5-34-6
コスモスイニシアグループ健康保険組合 電話:03(5444)3751

<備考> この申請により交付された認定証を病院の窓口に掲示すると、入院・外来に係る病院や薬局の窓口負担額を自己負担限度額内にとどめることができます。(柔道整復・鍼灸・あん摩マッサージの療養費は除く)