

健康 保 険 入 欄	発効年月日	年 月 日
	有効期限	年 月 日
	標準報酬月額	()千円
	適用区分	ア・イ・ウ・エ

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書（新規・更新）

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

カシオ健康保険組合 理事長 殿

※押印は不要ですが自署でご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者		被 保 険 者 氏 名 (自 署) ※	生 年 月 日 (和 暦)
	記 号	番 号		年 月 日
	自宅住所 (電話番号)	〒 TEL: - -		
	勤 務 先 (職 場)	会 社 名	所 属	
		社内アドレス:		

認 定 対 象 者 欄	対象者氏名	認定証が必要な方の氏名	生 年 月 日 (和 暦)	被保険者との続柄
			年 月 日	
	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 (入院予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 通院	療養予定期間 (和 暦)	年 月 から 年 月
	負傷(ケガ)したことによる申請ですか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 「負傷原因届」も提出してください <input type="checkbox"/> いいえ		
	労災・通勤災害または第三者行為による負傷ですか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 事前に健保にお知らせください <input type="checkbox"/> いいえ		

送 付 先	<input type="checkbox"/> 社内便にて職場へ送付 <input type="checkbox"/> 被保険者の自宅住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 職場及び自宅住所以外の送付先 (送付先が上記以外の理由:)			
	送付先住所 ※被保険者住所 と同じ場合は記 入不要です	〒 ※医療機関へ送付を希望する場合は、事前に医療機関の了承をとり、病棟・病室番号をご記入ください。		

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください			
	氏名		電話番号 (日中の連絡先)	TEL: - -
	被保険者 との続柄		申請代理理由	

(和暦) 年 月 日 受 付 年 月 日

上記の通り『健康保険限度額適用認定証』の交付を申請します。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は申請代行者が届出の記載を行う場合で申請代行者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

【注意事項】

※ 発効年月日は原則健保にて申請書を受付した月の初日から有効となります。

※ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。

健 保 記 入 欄	発効年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	有効期限	健 保 使 用 欄			
	標準報酬月額				
	適用区分				

健康保険 限度額適用認定申請書 (新規・更新)

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

カシオ健康保険組合 理事長 殿

※押印は不要ですが自署でご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者		被 保 険 者 氏 名 (自 署) ※	生 年 月 日 (和 暦)		
	記号	1101	番号	88888	健保 太郎	昭和・平成 50 年 3 月 5 日
	自宅住所 (電話番号)		〒 000-0000	押印は不要ですが自署でご記入ください。		TEL: 03 - 0000 - 0000
	勤務先 (職 場)		会 社 名		所 属	
		〇〇株式会社		〇〇部 〇〇グループ		
		社内アドレス:		××××@casio.co.jp		

認 定 対 象 者 欄	対象者氏名	認定証が必要な方の氏名	生 年 月 日 (和 暦)	被保険者との続柄
		健保 太郎	昭和 50 年 3 月 5 日	本人
	診療区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 (入院予定日 4 月 20 日) <input checked="" type="checkbox"/> 通院	療養予定期間 (和 暦)	令和5 年 4 月 から 令和5 年 6 月
	負傷 (ケガ) したことによる申請ですか?		<input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ 「負傷原因届」も提出してください	
労災・通勤災害または第三者行為による負傷ですか?		<input checked="" type="checkbox"/> 「はい」の場合は、となりのシートの「負傷原因届」も提出してください <input type="checkbox"/> いいえ		
送 付 先	<input type="checkbox"/> 社内便にて職場へ送付 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の自宅住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 職場及び自宅住所以外の送付先 (送付先が上記以外の理由:)			
	送付先住所 ※被保険者住所と同じ場合は記入不要です	〒 ※医療機関へ送付を希望する場合は、事前に医療機関の了承をとり、病棟・病室番号をご記入ください。		
申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください			
	氏名	被保険者以外の方が代理で申請する場合にご記入ください		
	被保険者との続柄	例えば、本人が入院中で家族の方や職場の方が代理で申請する場合など		

(和暦) 令和5 年 4 月 1 日

受 付 年 月 日

上記の通り『健康保険限度額適用認定証』の交付を申請します。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は申請代行者が届出の記載を行う場合で申請代行者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

確認して✓記入。

【注意事項】

※ 発効年月日は原則健保にて申請書を受付した月の初日から有効となります。

※ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。

負傷原因届

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	課長	担当者
保険給付・自損・第三者・労災・スポーツ災害			
保険診療費			円
高額・付加金の有無			円

(和暦) 年 月 日提出

被保険者	記号・番号	記号	番号	氏名		
	現住所	〒				
	事業所・部署名 日中の連絡先	メールアドレス: Ⅱ:				
負傷者	負傷した方 (本人・家族)	氏名	続柄	生年月日 (和暦)	年 月 日 (歳)	
		勤務形態 <input type="checkbox"/> 会社員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()				
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名					
	治療状況	病院名			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
		治療経過	(和暦) 年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
		治療期間	(和暦) 年 月 日 から 年 月 日 まで			
	負傷日時	(和暦) 年 月 日 午前・午後 時 分頃				
		<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> その他()				
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> 寄り道なし)					
	<input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 部活動中 <input type="checkbox"/> 休み時間中					
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
	※学校の管理下におけるケガに該当する場合は、「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受けますか? <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない 理由()					
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自転車事故含む) ⇒ (<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者との事故) ※別途届出あり					
	<input type="checkbox"/> 暴力 (<input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> 暴行を受けた)					
	<input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 体育・部活 <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの)					
	<input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない					
次にあてはまるもの がありますか?						
事故相手の有無	事故相手はいますか? また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか? 相手: <input type="checkbox"/> 有り (あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者) <input type="checkbox"/> 無し					
負傷した時の状況を 具体的に記入して ください						

- 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。
- 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。
- 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前に事業所へご確認ください。
- 「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受ける場合、付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

負傷原因届

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	課長	担当者
健保記入欄			
高額・付加金の有無			災害

(和暦) 平成27 年 10 月 1 日提出

被保険者	記号・番号	記号	1101	番号	88888	氏名	健保 太郎		
	現住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町 1-1						押印は不要ですが自署でご記入ください。	
	事業所・部署名	〇〇株式会社 本社 〇〇部〇〇グループ							
日中の連絡先	メールアドレス:	〇〇〇@casio.co.jp				Tel:	03-0000-0000		
負傷者	負傷した方 (本人・家族)	氏名	健保 太郎		続柄	本人			
		勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()						
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名	肋骨骨折							
	治療状況	病院名	〇〇整形外科				<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来		
		治療経過	(和暦) 平成27 年 10 月 1 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止						
		治療期間	(和暦) 平成27 年 9 月 12 日 から 年 月 日 まで						
	負傷日時	(和暦) 平成27 年 9 月 12 日 午前 午後 10 時 0 分頃							
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> その他()							
		<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私生活							
		<input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> 帰宅) <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 部活動中 <input type="checkbox"/> 休み時間中							
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()							
	負傷原因	※学校の管理下におけるケガに該当する場合は、「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受けますか？ <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない							
<input type="checkbox"/> 交通事故 (自転車事故含む) ⇒ () <input type="checkbox"/> 暴力 (<input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> 暴行を受けた)									
次にあてはまるものがありますか？	<input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 体育・部活 <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> どれにもあてはまらない								
事故相手の有無	事故相手はいますか？ また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか？ 相手: <input type="checkbox"/> 有り (あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者) <input checked="" type="checkbox"/> 無し								
負傷した時の状況を具体的に記入してください	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまい、肋骨を骨折しました。								
どこで何をしていたら、どんな状況で、体のどこの箇所をどのように負傷したのか記入してください									

- 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。
- 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。
- 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前に事業所へご確認ください。
- 「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受ける場合、付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

