



健康保険 限度額適用認定 申請書

課 長	課長補佐	担 当

記入方法の不明点については、ホームページ記入例をご覧ください。かお電話でお問い合わせください。

※通勤途中・仕事中・相手のあるケガの場合は西南私鉄健保にご連絡ください。

被保険者証の	記号	番号(枝番は不要)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
				年 月 日
被保険者 氏名・印	印		自署の場合は押印を省略できます。	
住 所	〒 -		電話番号(日中の連絡先)	
			()	

医療機関に かかる方の氏名	氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
				年 月 日

利用開始月	令和 年 月から1年間	申請日 (記入日)	令和 年 月 日
-------	-------------	--------------	----------

※上記以外の住所へ送付を希望する場合は記入 (注：病院へ送付希望の場合は必ず病院の了承を得てください)

住所：(〒 -)	電話番号(日中の連絡先)
宛名：	

※申請代行者欄：被保険者以外が申請する場合にご記入ください。		被保険者との関係	
氏名・印	印	申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出出来ない為
電話番号 (日中の連絡先)	()		<input type="checkbox"/> その他 ()

※原則申請書到着日に限度額適用認定証を作成して郵送いたします。

※被保険者証の記号番号、または個人番号のいずれかの記入で申請することができます。

(個人番号で申請する場合は、本人確認措置に必要な書類と「個人番号による申請を行うための申出書」が必要です)

西南健保処理欄

管理通番 ()

被保険者の 所得区分	ア.	83万円以上	(千円)	有効期間	令和 年 月 日～
	イ.Ⅱ.	53万～79万円	(千円)		令和 年 月 日
	ウ.Ⅰ.	28万～50万円	(千円)	交付年月日	令和 年 月 日
	エ.	26万円以下	(千円)		

備考 発送日 受付日