

給審課長	課長補佐	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

◎太枠内のみご記入のうえ、西南健保へご返送ください

保険証を確認のうえ、ご記入ください

被 保 険 者 証 記 号 - 番 号		—	申 請 日	令 和 年 月 日	
被 保 険 者	氏 名	印		事 業 所	名 称
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日		事 業 所	所 在 地
医 療 機 関 に か かる 方 の 氏 名		続 柄 () 男・女 昭・平・令 年 月 日 生 (才)			
被 保 険 者 の 住 所		〒 日中の連絡先 TEL — —			
認 定 証 の 送 付 先 ◇上記以外の住所へ送付を希望される場合に記入 (病院へ送付希望の場合は病院の了承を得てください)		〒 TEL — — (宛 名 —) ※ 実家等で受取人名が違う場合は必ず宛名をご記入ください			
交 付 必 要 期 間 (入院予定期間など) ◆必ずご記入ください		令 和 年 月 ~ 令 和 年 月		*有効期限は開始月の1日から最長3ヶ月間となります。延長希望の場合は、再度申請してください。 申請書が必要な場合は枚数を記入してください。 _____ 枚	
認 定 証 を 希 望 す る 理 由 は 骨 折 や ケ ガ な ど 外 傷 に よ る も の で す か。 ※ 通勤途中・工作中・相手のあるケガの場合は、西南健保にご連絡ください。					
はい ・ いいえ → 負傷届・第三者届等書類は提出済みですか。 はい ・ いいえ					

《記入上の注意》

- 被保険者自ら署名した場合、押印は不要です。
- 医療機関を移られても交付期間内であれば、どの医療機関でも利用することができます。
- 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)		

健保窓口処理欄

〱 発 送 日 〱

〱 受 付 日 〱

受領者氏名記入欄 (郵送で提出される場合は、記入不要です)