



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。

被保険者等の	記号	番号(枝番は不要)				生年月日	□昭和 □平成 □令和
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	□昭和 □平成 □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たうえで送付先の部署まで記載してください)

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	□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)	()		□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。

※被保険者等記号・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
	エ.	26万円以下	(千円)		

備考 発 送 日 受 付 日