



健康保険 限度額適用認定 申請書

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。

① ※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。

② 被保険者証の	記号	7 0 0 1	番号(枝番は不要)	1 2 3 4	④ 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
						XX年 4月10日
③ 被保険者 氏名・印	東北 三郎 (東北)				自署の場合は押印を省略できます。	
⑤ 住 所	〒220-00XX 神奈川県横浜市北区南町1-1-1				電話番号(日中の連絡先)	
					090(1234)56XX	
⑥ 医療機関に かかる方の氏名	氏名	東北 光子		続柄	長女	生年月日
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年 4月10日
⑦ 利用開始月	令和 XX年 9月から1年間				⑧ 申請日 (記入日)	令和 年 月 日
⑨ ※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: (〒150-00XX) 東京都渋谷区渋谷1-1					電話番号(日中の連絡先)	
宛名: 西南総合病院 東病棟7階 702号室 東北 光子					03(5300)12XX	
⑩ ※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)

- ① 通勤途中・仕事中・相手のあるケガの場合、原則保険証が使えない為必ず西南へご連絡ください。
- ② 保険証に記載されている「記号」「番号」※枝番は不要
- ③ 保険証に記載されている「被保険者の氏名」
- ④ 被保険者の「生年月日」
- ⑤ 西南私鉄健保に届けている住所
- ⑥ 医療機関にかかる方の「氏名」「生年月日」
- ⑦ 入院等で限度額適用認定証が必要となる月
- ⑧ 申請書を記入される日
- ⑨ ⑤の届け出住所以外へ郵送を希望の場合に記入
- ⑩ 被保険者以外が申請する場合に記入