

記入見本

理事長	常務理事	事務局長	担当者

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3東	職種 看護師	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 010203
	氏名	(フリガナ) チカモリ ジ ロウ 近森 次郎				
	住所	(〒 780 - 0056) 高知 都道 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号 府県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678				

認定対象者欄	療養を受ける方 被保険者の場合は記入の必要はありません	氏名	対象者が「家族」の場合			日
	療養予定期間	令和 2 年 3 月 ~ 令和 2 年 3 月	入院予定期間など			から
	医療機関名	近森病院	傷病名など	右足骨折		

わかる範囲で可 例：「帝王切開」、「出産のため」

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏名	近森 順子			被保険者との関係 妻
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (5432) 9876	申請代行の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()		

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

代行で申請する場合のみ記入

申請します。

令和 6 年 4 月 1 日

記入した日

(R6.4改訂)

受付日付印