

# 健康保険限度額適用認定申請書

西武健康保険組合理事長 殿

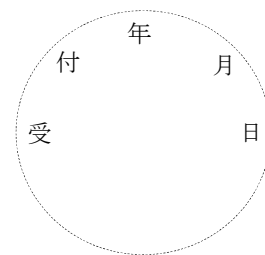
被保険者証記号番号		— — 00	
会社名			健 保
所 属			組 合
被保険者	氏 名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日
療養を 受ける方	氏 名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日
			性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			事務理事
傷病の原因は第三者行為（交通事故・けんか等）・労働災害・自傷行為によるものですか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
* 傷病の原因が「はい」の場合確認のお電話をさせていただきます。			
・ 継続で申請の方のみご記入ください。			
旧認定証の返却について			<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 返却予定
* 旧認定証が返却されていない場合新たに発行できませんので、速やかにお戻しください。			取 扱 者

・ 被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏 名		
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

K17202404

\* 健康保険組合が受付した月の1日から有効となります。



マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、  
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除  
されます。限度額適用認定証の事前申請は不要と  
なりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

押 印 欄	事 業 所		所 属
-------------	-------------	--	--------