

健康保険限度額適用認定申請書

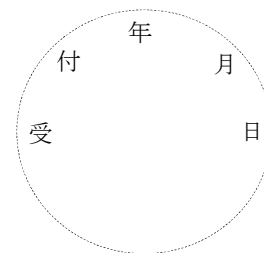
西武健康保険組合理事長 殿

<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">保険証の記号と番号</div>		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">認定証は全て枝番00で発行する為</div>	
被保険者証記号番号	1 0 1 - 1 2 3 4 5 - 0 0		
会社名	〇〇株式会社		健 保
所属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		組 合
被保険者	氏名	西 武 太 郎	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭平 <input checked="" type="checkbox"/> 10年 1月 2日	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">療養を受ける方が被扶養者の場合は対象者の氏名、生年月日を記入</div>
療養を受ける方	氏名	同 上	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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。 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">有効期限切れなどで申請される方</div> ・ 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。			
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">該当するいずれかに<input checked="" type="checkbox"/></div>			
* 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	
-------------	-------------	--	--------	--