

健康保険 限度額適用認定申請書

申請対象：①70歳未満の受診者（低所得者除く）
②高齢受給者証の負担割合3割
（現役並みⅠ・Ⅱ）の受診者

1 2
被保険者（申請者）記入用

申請する前に、申請書添付の
「限度額適用認定申請書の手続きについて」を
ご確認ください

記載欄 事業主（所）	適用事業所記号	事業者の健保担当 者が記入願います	健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号	事業所の健保業務責 任者、担当者が記名 する（押印可）			職場に提出の場合、 受取の確認のために 記名する（押印可）	

記入日：令和 4 年 X 月 X 日

被保険者情報	会社名	東芝 ○○○ (株)	保険証を見ながら正しく 記入する	被保険者証		
	所属	○○部 ○○課		記号	番号	
	氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎		1 0 0	1 2 3 4 5 6 7	
	住所	〒 999 - 9999 神奈川県川崎市○○区□□町XX番地		生年月日		
電話番号	電話番号 044 (XXX) XXXX		4	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	X X 0 5 0 1	

認定対象者欄	療養を受ける方 の氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎	生年月日	被保険者 との続柄	使用区分 (複数可)
	入院期間 (予定)	令和 4 年 X 月 X 日 ~ 令和 年 月 日頃	年 月 日 4 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 X X 0 5 0 1	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
	通院期間 (予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃			
	受診医療機関 (予定)	名称 : ○○病院 住所 : 神奈川県川崎市○○区□□町XX番地 診療科 ○○○○ 科 電話番号 044 (XXX) XXXX 名称 : ○○クリニック 住所 : 東京都○○区□□町XX番地 診療科 ○○○○ 科 電話番号 03 (XXXX) XXXX			
受診の原因	外傷性疾病（ケガ・やけど等）ですか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい → P.2の『限度額適用認定申請用 傷害事故届』を 必ず添付してください。 <input type="checkbox"/> いいえ				
備考欄					

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をする場合にご記入ください。				
	氏名	(フリガナ) トウシバ ハナコ 東芝 花子	被保険者 との関係	妻	
住所	〒 999 - 9999 神奈川県川崎市○○区□□町XX番地	申請代行 の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で手続きできないため <input type="checkbox"/> その他 (理由をご記入ください) 理由 :		
電話番号	電話番号 044 (XXX) XXXX				

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

健保使用欄					
担当者		ア・イ・ウ・エ	H 会 自 他	続柄コード	
		R . . 発送	社 レ 普 速		

東芝健康保険組合

(本局に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。)

(K0406-P)

1/2

