

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|      |     |     |     |

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

|   |                  |                      |                             |       |
|---|------------------|----------------------|-----------------------------|-------|
| 被保険者情報  | 記号               | 番号                   | 被保険者の生年月日                   |       |
|   | 被保険者証の<br>(右づめ)  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 |
|   |                  |                      | <input type="checkbox"/> 平成 |       |
|   |                  |                      | <input type="checkbox"/> 令和 |       |
|   | (フリガナ)           |                      |                             |       |
|   | 被保険者氏名           |                      |                             |       |
|   | 住所 (〒 - )        |                      | 都 道<br>府 県                  |       |
|   | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL ( )              |                             |       |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) |                  |                      |                             |       |

|        |  |                                   |  |
|--------|--|-----------------------------------|--|
| 認定対象者欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人                  | 生年月日<br>(療養を受ける方が被扶養者のとき記入)       |  |
|        | <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 (フリガナ) 氏名: _____ | <input type="checkbox"/> 昭和       |  |
|        | 続柄: ( )  | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |  |
|        |  | <input type="checkbox"/> 令和       |  |
| 療養予定期間 | 令和 年 月 ~ 令和 年 月                                  | 記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。   |  |

|       |   |            |  |
|-------|---|------------|--|
| 希望送付先 | 原則、送付先は所属事業所宛となります。事業所以外に送付を希望する場合にご記入ください。 |            |  |
|       | 住所 (〒 - )                                   | 都 道<br>府 県 |  |
|       | 電話番号<br>(日中の連絡先)                            | TEL ( )    |  |
|       | 宛名  |            |  |

|        |  |          |  |
|--------|--|----------|--|
| 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   | 被保険者との関係 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため |
|        | 電話番号<br>(日中の連絡先)                             | TEL ( )  | 申請代行の理由<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |

※ 所属事業所経由にて申請をお願いいたします。(任意継続被保険者を除く)

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 事業所欄 | 事業所名 |     |
|      | 所在地  |     |
|      | 電話番号 | ( ) |

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|