

決 裁	常務理事	事務長	担当者	交付年月日	令和	年	月	日
				有効期限	令和	年	月	日

健康保険限度額適用認定申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿
健康保険限度額適用認定書の交付を申請します。 令和 年 月 日

※記入前に必ずご確認のうえ、□にチェックください。

オンライン資格確認対応医療機関では、マイナンバーカードもしくは保険証を提示して
情報提供に同意することで「限度額適用認定証」が無くても限度額を超える支払いが免除されます。
(対応の有無は医療機関にご確認ください)

★ぜひマイナ保険証のご登録・ご活用いただきますよう宜しくお願いいたします。

マイナ保険証の申込はこちら ➡



⇒ 受診する医療機関はオンライン資格確認を導入していないと確認した

記号	被保険者氏名	TEL			
番号					
適用対象者	適用者氏名	続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	申請区分	新規申請 ・ 継続申請	交付希望開始日 <small>(その月の1日から有効となります)</small>	令和	年 月 日
	傷病名	※外傷(けが・骨折・ヘルニア等) の場合、右記の負傷原因を ご回答ください。	【 負傷原因回答欄 】		
			1. 日時 年 月 日 時ごろ 2. 場所 3. 状況		
	証書の送付先	〒			
傷病の原因について 該当箇所に☑を入れてください	① 第三者行為(交通事故等)である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ② 勤務中の災害である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③ 通勤途上の災害である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考

— 受付日付印 —