

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

被保険者	記号		番号								
	氏名				事業所名称						
	住所	〒			—	TEL	()	—		
適用対象者	氏名			続柄	性別	生年月日	昭和	平成	年	月	日
	医療機関名称					傷病名					
	区分				<input type="checkbox"/> 入院	入院日(予定日)		令和	年	月	日
	該当箇所に☑を入れてください				<input type="checkbox"/> 通院						
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				
「健康保険限度額適用認定証」の送付先(上記住所と異なる場合)		〒		—							

※ 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	
----	--

<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____ 印 _____</p> <p>ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿</p>

— 受付日付印 —