

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	健保 太郎		事業所名称	○○○○○○○株式会社			
	住所	〒○○○-○○○○ ○○○市○○○ ○○○			TEL	(○○○○)○○○○-○○○○		
適 用 対 象 者	氏名	健保 花子		続柄	性別	生年月日		
				妻	男 Ⓜ	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 令和		
	医療機関名称	○○○○○○○病院			傷病名	○○○○○○○		
	区分	該当箇所に☑を入れてください		<input checked="" type="checkbox"/> 入院	入院日(予定日)		令和○○年○○月○○日	
				<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 checked="" type="checkbox"/> いいえ			
		②勤務中の災害である		<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
		③通勤途上の災害である		<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" 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)		〒○○○-○○○○ ○○○市○○○ ○○○						

※ 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	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)
--------	---

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。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者氏名 健保 太郎 (印)

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

— 受付日付印 —