

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
---	----------

被 保 険 者	記号		氏 名		事業所 名称	
	番号					
適 用 対 象 者	住所	〒 ー			TEL	
	氏名					続柄
	医療機関名称					【 負傷原因回答欄 】 1. 日時.....年.....月.....日.....時ごろ 2. 場所..... 3. 状況.....
	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。 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 2em; margin-left: 10px;">➔</div>				
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		利用予定月	令和	年 月
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)		〒 ー				

※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 —