

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 険 者	記号	〇〇	氏名	健保 太郎		事業所 名称	〇〇〇〇株式会社	
	番号	〇〇		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇 〇〇		TEL	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
適 用 対 象 者	氏名	健保 花子		続柄	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和			
	医療機 関名称	〇〇〇〇〇〇〇〇病院		【 負傷原因回答欄 】 1. 日時 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇時ごろ 2. 場所 小学校のグラウンド 3. 状況 野球試合中				
	傷病名	左手首骨折						
	区分 該当箇所に☑を入れてください		<input type="checkbox"/> 入院		入院日(予定日)	令和 年 月 日		
		<input checked="" type="checkbox"/> 通院		利用予定月	令和 〇〇年〇〇月			
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 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)		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇 〇〇〇						

※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	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)
----	---

— 受付日付印 —