健康保険　限度額適用認定証申請書

マイナ保険証を利用すると医療機関等にて高額療養費制度の限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者	記号・番号	―	電話番号	－　　－　　自宅・携帯・職場
	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	勤務先（部署名等）			
適用対象者	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	続　柄	※適用対象者が被保険者（本人）の場合、上欄の氏名・生年月日は記入不要です。		
	傷病名		受診予定日	年　　月　　日
	受診医療機関	※名鉄病院の場合は申請不要です。		
	※ケガ（骨折、捻挫、打撲、熱傷など）の場合は『負傷原因報告書』を添付してください。			
	①傷病の原因は交通事故（自損事故含む）・けんか等によるものですか？		□　はい	□　いいえ
			※はいの場合、別途、届出の必要あり	
	②傷病の原因は通勤途中、業務中によるものですか？		□　はい	□　いいえ
	③医療費助成制度（こども医療除く）の交付について		□　はい※	□　いいえ
	※　はいの場合、下記該当にチェックし、受給者証のコピーを添付してください □ 障がい者医療　□ ひとり親家庭等医療　□ その他（　　）			
送付先	（送付希望の場合のみ記入）□ 自宅　□職場（部・課等の詳細を記入）□自宅以外 〒　　－ 送付先宛名：			

名古屋鉄道健康保険組合　理事長殿

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。

また、申請書注意事項を全て確認及び遵守し、使用することに同意します。

年　　月　　日　　申請者氏名（署名）

被保険者との続柄（　　）

1.認定証の適用開始日（発効日）は、本申請書を名鉄健保が受付した月の１日となります。

2.受付月の前月に遡っての適用は、原則できません。

3.認定証の有効期限は、申請を受け付けた月の１日から１年です。

※健保使用欄　　2024.2.28　改定

事務長	担当者

交付日

引渡	窓口：本人	窓口：担当者
	送付：自宅	送付：その他
備考欄		