

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	1 - 12345	電話番号	090-1234-5678	自宅・ 携帯 ・職場
	氏名	名鉄 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	勤務先（部署名等）	名古屋鉄道 〇〇乗務区			
適 用 対 象 者	氏名	名鉄 花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	続柄	妻	※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	盲腸	受診予定日	令和〇年〇月〇日	
	受診医療機関	〇〇市立総合病院		※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？			<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	②傷病の原因は通勤途中、業務中によるものですか？			<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> はい※	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
送 付 先	（送付希望の場合のみ記入） <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場（部・課等の詳細を記入） <input type="checkbox"/> 自宅以外				
	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 愛知県名古屋市〇〇区△丁目□-□				
	送付先宛名： 名鉄 太郎				
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。					
令和〇年〇月〇日			申請者氏名（署名） 名鉄 太郎		
			被保険者との続柄（ 本人 ）		

- 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。
- 受付月の前月に遡っての適用は、原則できません。
- 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					