|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

**【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。**

**(マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください)**

**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 |
| ※記入前に必ずご確認のうえ、□にチェックください。オンライン資格確認対応医療機関では、マイナンバーカードもしくは保険証を提示して情報提供に同意することで「限度額適用認定証」が無くても限度額を超える支払いが免除されます。（対応の有無は医療機関にご確認ください）★ぜひマイナ保険証のご登録・ご活用いただきますよう宜しくお願いいたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　マイナ保険証の申込はこちら➡　　⇒ 受診する医療機関はオンライン資格確認を導入していないと確認した **☑** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　号 | **○○** | 被保険者　氏　名 | **健保　太郎** | TEL | **○○○-○○○○-○○○○** |
| 番　号 | **○○** |
| 適用対象者 | 適用者氏名 | **健保　花子** | 続柄**長女** | 生年月日 | 昭和平成　**○○**年　**○○**月　**○○**日令和 |
| 申請区分 | 新規申請　・　継続申請 | 交 付 希 望 開 始 日（ その月の1日から有効となります ） | 令和　**○○**年　**○○**月　**○○**日 |
| 傷病名 | **左足首骨折**※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。 | 【　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　　　**中学校の体育館**　　　　　　　　　　　　　　　　　3.　状況　　　**バスケットの練習中に接触**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 証書の送付先 | 〒**○○○**－**○○○○　　　　○○県○○○市○○○町○○100-2** |
| 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　　**□　はい　　　☑いいえ**
2. 勤務中の災害である　　　　　　 **□　はい　　　☑いいえ**
3. 通勤途上の災害である　　　　**□　はい　　　☑いいえ**
 |
| ※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――