

常務理事	事務長	次長	課長	主任	担当者

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

名糖健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請致します。

令和 年 月 日申請

被 保 険 者	記 号	番 号	被 保 険 者 (申 請 者) の 氏 名 生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日
現 住 所	〒 ー				
所 属 事 業 所 名				標準報酬月額	千円
対 象 者 氏 名			生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	続 柄
対象の方はお住まいの自治体等の医療費助成を受けていますか					はい・いいえ
傷病の原因は第三者の行為（交通事故・傷害等）によるものですか					はい・いいえ
療養をする(した) 保険医療機関	名 称				
	所在地				
療 養 見 込 期 間 <small>(受付月の初日より前に 遡って申請はできません)</small>	年 月 日 より概ね 日間				
認定証送付先住所 <small>(現住所と同じ場合は 記入しないでください)</small>	〒 ー				宛 宛

申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。「その他」にチェックする場合カッコ内は必須です。事業所の担当者の方が代理申請する場合、氏名欄は「事業所名」+「フルネーム」を記入してください。			
	氏 名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事業所担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電 話 番 号 <small>日中の連絡先</small>	TEL	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()

申 請 先	事業所の健康保険事務担当者、または下記にご郵送・FAXにてご申請ください。 〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町17-2 電 話 : 03(3664)6381 名糖健康保険組合 FAX : 03(3664)6383
-------	--

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度の限度額を超える
支払いが免除になります。限度額適用認定証の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。