

提出先:被保険者→ニチレイ健康保険組合

限度額適用認定証 交付申請書

記入日 平成 年 月 日

◎療養での支払い時、高額療養費の対象となる
自己負担が発生しそうなどに提出ください

| 常務理事 | 事務長 | 係 | | |
|------|-----|---|--|--|
| | | | | |

お手持ちの保険証カードに記載されている事業所名称(会社名)を記入してください

※事業所名称(勤務部署ではありません)をご記入下さい。

| | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|----------|
| 記号 1234 | 番号 56789 | 事業所名(会社名) 株式会社 ○○○○ | | |
| 被保険者の所属部署 | | 名称 ○○○工場 ○○グループ | 電話 ○○-△△△△-×××× | |
| 被保険者 (申請者) | | ニチレイ 太郎 | | 男・女 印 |
| 生年月日 | | 昭和・平成 55 年 1 月 1 日 | | |
| 限度額証使用者氏名 | | ニチレイ 花子 | 続柄 | 配偶者 |
| 生年月日 | | 昭和・平成 60 年 1 月 1 日 | | |
| 認定証送付先 (番号に○をつけてください) | | 1. 勤務事業所宛 2. 自宅住所宛 3. その他 (実家) → 理由(出産の為) | | |
| 上記で2, 3を選んだ方のみ住所 宛名・連絡先をご記入ください | | 住所 〒 1234-5678 ○○県○○市○○町1-1-1 △△△マンション××号室 連絡先 03 - 1234 - 5678 (携帯) 090 - 1234 - 5678 宛名 健保 太郎 様方 ニチレイ 花子 様宛 | | |
| 療養の予定 | | およその療養予定期間をご記入ください。 平成 29 年 10 月 1 日 ~ 平成 29 年 12 月 31 日 頃まで | | |
| 誓約書 | | | | |
| ・有効期限が過ぎたり、使わなくなった「認定証」は直ちに健保組合へ返却いたします。 | | | | |
| ・所得区分が変更となった場合、「認定証」の差替えには速やかに応じます。 | | | | |
| 上記内容も理解したうえで、「限度額適用認定証」の交付を申請します。 | | | | |
| 平成 29 年 10 月 1 日 | | | | |
| 被保険者 氏名 ニチレイ 太郎 印 | | | | |

【注意事項】

- 食事代の標準負担額や差額ベッド代、保険外の自費負担は対象になりません。
- 医療機関の窓口で支払う自己負担限度額は、被保険者の所得区分に応じて異なります。
- 「限度額適用認定証」を医療機関に提示しないで一部負担額を支払った場合、診療月の3ヶ月後以降に高額療養費および療養費付加金自動給付されますので、最終的な自己負担額は変わりません。
- 療養予定期間は、入院・外来に関わらず、高額な医療費が見込まれる期間をご記入ください。
(長期に及ぶ療養が見込まれる場合は、ニチレイ健康保険組合にご連絡をお願い致します)

送り先

〒104-8402 東京都中央区築地6丁目19番20号 ニチレイ東銀座ビル16階
ニチレイ健康保険組合
電話番号 (03)3248-2107

受付年月日

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