

健康保険限度額適用認定申請書

申請日 令和 6 年 12 月 10 日

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 被保険者証	記号	〇〇〇	所属部署	〇〇店	
		番号	****		TEL (***) *** - ****	
	被保険者	氏名	健保 太郎	男 ・ 女	生年月日	昭和 5年 5月 1日
	適用対象者	氏名	健保 花子	男 ・ 女	生年月日	昭和 8年 5月 1日 平成 令和
	被保険者 住所	〒****-**** 〇〇県△市□町1*-*-** 〇〇マンション▲号室 TEL (***) *** - ****				
	※省略可 医療機関名称 住所 電話番号	〒 - 医療機関へ送付を希望する場合は医療機関情報を記入 ※事前に健保へご連絡ください				
発行理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 (令和 *年 *月 *日から) <input type="checkbox"/> 外来					

【注意事項】 マイナ保険証をお持ちの場合は限度額適用認定証は発行できません。

医療機関では、マイナ保険証であなたの自己負担限度額がわかりますので、限度額適用認定証を提示することなく、限度額を超える医療費の支払いを免除してもらうことができます。
マイナ保険証を利用すると、限度額適用認定証交付申請手続き等の手間と時間を省くことができます。
マイナ保険証をご利用ください。

- 発効年月日は、当組合で申請を受理した日の属する月の初日となります。
ただし入社の場合は、資格を取得した日又は被扶養者となった日が発効年月日となります。
- 「健康保険限度額適用認定証」は、発行後に上に記載された被保険者住所へ郵送いたします。
医療機関宛や所属部署宛に送付希望の方は当健保まで事前にお知らせください。Tel(052)951-4907
- 標準報酬月額の変更により所得区分の変更があった場合、「健康保険限度額適用認定証」の切替えが必要となりますので、当組合より通知があった場合は速やかなご対処をお願いします。
- 「健康保険限度額適用認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、必ず当組合に返却願います。
- 有効期限は、申請日より最初に到来する8月31日までとなります。

申請書はネクステージグループ健康保険組合へご提出ください。
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702

交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長
適用区分			
発効年月日	令和 年 月 日	担当	担当
有効期限	令和 年 月 日		

受付印