

健康保険限度額適用認定申請書

保険証の氏名の上に記載されています

被 保 険 者	記号 - 番号	1 - 1234		
	勤務している事業所	中日新聞社		
	事業所所在地	愛知県名古屋市中区三の丸一丁目6番1号		
	被保険者氏名	中日 一郎		
	生 年 月 日	昭和 平成	50 年 3 月 8 日	
適 用 対 象 者	氏 名	中日 愛子	妻	
	続 柄			
	生 年 月 日	昭和 平成	55 年 1 月 27 日	
	医療費助成制度 (子ども・乳幼児医療は除く)	<input type="checkbox"/> 受けている→下記該当に○をつけ受給者証のコピーを添付してください 1.心身障がい者医療助成制度 2.母子・父子家庭等医療費助成制度 3.指定難病医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 受けていない		
高 額 予 定 受 診 月 (期間の目安は2カ月)	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 3 年 6 月 30 日			
傷病の原因は第三者行為(交通事故・けんか)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい (別途、届出の必要あり) <input type="checkbox"/> いいえ		日中対応可能な電話番号	
送 付 先 (基本的には 1.事業担当者 となります)	1. 事業所担当者 2. その他			
上記「2.その他」の場合、理由と送付先	理 由			
	送付先			

<注意事項>

* 認定証の適用開始日(発効日)は、本申請書を中日健保が受付した月の1日となります。

* 有効期限に達したとき、使用する見込みがなくなったときは速やかに返納いたします。

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

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名 中日 一郎 (中日) 印

中日新聞社健康保険組合