健康保険限度額適用認定申請書

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・令和　50年　3月　8日	
適用対象者	氏名 / 続柄	中日　愛子	妻
	生年月日	(昭和)・平成・令和　55年　1月　27日	
	医療費助成制度（子ども・乳幼児医療は除く）	市区町村から医療費助成制度の交付を □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 ☑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		□はい（別途、届出の必要あり） ☑いいえ	日中対応可能な電話番号 052-221-0764
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

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前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。

令和　○○ 年　○○ 月　○○ 日

被保険者氏名　中日　一郎

中日新聞社健康保険組合