

| | | | |
|------|------|------|----|
| 常務理事 | 事務局長 | リーダー | 担当 |
| | | | |

健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日提出

| | | | |
|-----------------------|---|--------|-----|
| 被保険者証 記号 - 番号 | — | 被保険者氏名 | |
| 認定証が必要な方の氏名・続柄・生年月日 | 氏名 続柄 昭・平・令 年 月 日生 | | |
| 日中連絡の取れる電話番号 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 | TEL: | — — |
| 勤務先 (任継・特退の方は記入不要) | 会社名: 所属: | | |
| 申請の種類 | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 延長申請 | | |
| 療養予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※過日で医療費のお支払いが未精算の場合は、「未精算」に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 未精算 ※発行期間は区分変更の可能性があるため、ご希望に添えない事もあります。 | | |
| 送付先住所 | 〒 — 宛先: _____ (TEL: — —) ※上記記載の送付先は ご自宅・ご自宅以外 (理由: _____) | | |

<限度額適用認定証の申請について>

・過日(医療費をすでにお支払い済みの場合)申請はできませんが、高額療養費は、後日自動払いにより給付されます。

<限度額適用認定証の送付先について>

・在職中の方は送付先の記入を必ずお願いいたします。

・任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は登録ご住所宛に送付いたしますので、住所の記入は不要です。

・その他諸事情で送付先が自宅以外となる場合は、その理由を記入ください。

なお、医療機関へ送付を希望される場合は、必ず医療機関の了解をとっていただきご担当者名も記入ください。

<お問合せ・提出先> ※原則FAX、メールでの申請は対応していません。

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-4-9 NMF新宿南口ビル6F(株式会社オークス内)

日本航空健康保険組合 健保事務センター TEL:03-6629-1140

| | |
|--|---|
| 外傷の方は傷病原因をご記入ください | 原因:() 第三者行為(交通事故・ケンカ)によるものですか? はい ・ いいえ |
| 右記病名で限認定を使用する場合は該当の数字に○をしてください(入院の方のみ) | 1. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血) 2. 虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞) |
| 公費の該当 | 自己負担について国・地方自治体で助成を受ける資格をお持ちですか? ・有(公費の名称: _____) ・無 こども医療助成制度 (有・無) 管轄自治体名(_____ 市・区役所) |

* 健保組合処理欄

| | |
|-------|-----------------|
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 |
| 適用区分 | ア・イ・ウ・エ I・II |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
| |