

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 ※発行期間は区分変更の可能性があるので、ご希望に添えない事もあります。		

送付先住所	〒 — 宛先: ※送付先が自宅以外の理由: ( ) (TEL: — —)
-------	-----------------------------------------------

#### <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。  
※過日で医療費のお支払いが未精算の場合は、余白部分に「未精算」と記入いただき提出ください。

#### <限度額適用認定証の送付先について>

- ・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おりません。

〒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 子ども医療助成制度 (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