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	□自宅　□勤務先　□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	□新規申請　　□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。　□ 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＞

・「健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード」を利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。

・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おりません。

〒151-0053　東京都渋谷区代々木2-4-9　NMF新宿南ﾋﾞﾙ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
右記病名で限認証を使用する場合は該当の数字に〇をしてください（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

2024.2改正