

受付印

常務理事	事務長	確認者	担当者

ノバルティス健康保険組合 御中

健康保険「限度額適用認定証」申請書

下記のとおり申請します。

被保険者証番号	記号 番号	申 請 日	平成 年 月 日
被 保 険 者 名	⑩	会 社 名	
認定証交付対象者名 (被保険者の場合は記入不要です)		対象者の 生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
必要な理由	☐ 入院 ☐ 通院		
認定証が必要な期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
受 取 希 望 場 所	被保険者自宅住所	〒	
	被保険者自宅以外 勤務先・医療機関等	名称： 〒 自宅以外の理由：	
電 話 番 号 (日中連絡可能な先)			

被保険者本人が入院中の場合は家族に限り代理申請ができます。

代理申請者	氏 名	⑩	被保険者との続柄	
	電話番号	(上記(日中連絡可能な先)の電話番号と同じ場合は記入不要です)		

* 限度額適用認定証は、被保険証と一緒にお支払窓口へご提示ください。

* 限度額適用認定証は、入院、通院終了後または有効期限終了後は、健康保険組合迄ご返却ください。

* 申請書受付の2.3日後に受取希望場所へ簡易書留で送付します。

[限度額適用認定証の申請における留意事項]

1. 限度額適用認定証の交付対象者は入院・外来診療中又は入院・外来診療等の予定のある方に限ります。自己負担限度額をご確認のうえ申請ください。
2. 限度額適用認定証の有効期限は、入院・外来診療等の予定期間に基づいて定めますので認定証必要期を必ずご記入ください。ただし、厚生労働省の通達により「発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、前月に遡っての発行はできません。
3. 有効期限は発効日の属する月から、入院の場合は3ヶ月とし、通院の場合は1年以内の月の月末となります。
4. 被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際には、認定証を返納してください。ノバルティス健康保険組合から外れた場合・資格を喪失した場合は保険証と一緒に返却ください。
(ア)入院、通院終了後または有効期限終了したとき。
(イ)被保険者が資格を喪失したとき。
(ウ)適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
(エ)適用対象者が後期高齢者医療制度の対象者となったとき。
(オ)被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
5. 健保事務所にて認定証の交付を受けられる場合は、来所された方の本人確認をさせていただきます。
6. 業務外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。業務上、通勤途上や交通事故で発生した傷病には使用できません。

以上