

申請の前にご確認下さい。

マイナ保険証を利用 ⇒ 区分がオンラインで確認できる為、申請不要です。
資格確認書を利用 ⇒ 限度額適用認定証の申請が必要です。

「健康保険限度額適用認定証」の申請について

<対象者>

- ◆ マイナ保険証を保有しておらず、資格確認書を利用している下記に該当される方
 - ・70歳未満の被保険者・被扶養者
 - ・70歳以上で3割負担かつ被保険者の標準報酬月額が39等級(79万円)以下の被保険者・被扶養者

<対象機関>

- ◆ 保険医療機関(入院・通院)、保険調剤薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象。
(柔道整復・鍼灸・あんまマッサージの施術は対象外)

<申請の手順>

- ①申請者記入欄(被保険者、認定証交付対象者)を記入。
怪我の場合は「傷病発生状況確認書」も記入が必要です。
◎交通事故、第三者行為による怪我の場合はまず、健保にご連絡下さい。
- ②健保に申請書を下記の何れかの方法で送付して下さい。

- ・郵送 (〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11 日本電気健康保険組合 認定証)
- ・FAX (03-3461-9375) 送信後、到着確認のお電話をお願いします。
- ・社内メール(〒185-250 給付グループ(認定証))
(健保の社内メール便は本社経由の為、若干時間がかかります。)

③認定証の発送について

- 申請書の「認定証の送付先」に記載された方法で認定証を発送します。(郵送は普通郵便です)
- ・申請書が健保に到着した日又は翌日の夕方に、発送します。
 - ・FAXは24時間受信可能です。午前中受信分は、当日の夕方発送します。(健保営業日のみ)
 - ・病院へ送付の場合は、病院側で受け取れるか確認して下さい。(受け取不可の病院もあります)

認定証を医療機関等に提示する事により、窓口負担額が軽減されます。

<その他>

- * 有効期限切れ後も、引き続き認定証が必要な場合は、再度申請して下さい。
- * **有効期限切れ後の認定証は、必ず健保に返却して下さい。**
- * 以下の場合は、健保より診療月の約3か月後に自動給付されます。(申請不要)
 - ・月途中、清算後に医療機関等に認定証を提示したが限度額が適用されなかった場合。
 - ・同一医療機関で入院と外来の受診があり合算対象となる場合。
(医療機関では入院と外来それぞれで限度額までの支払いが必要です)
 - ・複数の医療機関等を受診し合算対象となる場合(医療機関毎に限度額までの支払いが必要です)
 - ・付加給付金(NEC健保独自の給付金)の対象となった場合。

【お問合せ先等】

日本電気健康保険組合 給付グループ

住所	〒150-0031	東京都渋谷区桜丘町29-11		
社内メール	〒185-250			
電話番号	外線 03-3461-9370	FAX番号	外線 03-3461-9375	

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

					提出年月日		令和 年 月 日	
被 保 険 者	健康保険 記号・番号				被保険者名			
	会社名 所属			外 線				
	*任意継続の方は記入不要です。							
被 保 険 者	被保険者 自宅住所				〒			
	(連絡先)				TEL() * 平日の日中に連絡可能な番号			
認 定 証 交 付 対 象 者	氏名 (被扶養者の場合は 名前を記入)		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者()		傷病の原因 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産関係(帝王切開、切迫早産等) <input type="checkbox"/> 怪我 * 怪我の場合は「傷病発生状況確認書」も ご記入下さい。		
	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日					
	医療費助成 の有無		国・地方自治体等で医療費助成を受ける資格をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> 「なし」 <input type="checkbox"/> 「あり」又は「手続き予定」(下記の該当する助成内容に✓) <input type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 指定難病、小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> ひとり親医療費助成 <input type="checkbox"/> その他() * 受給者証をお持ちの場合はコピーを添付又は後日健保に送付して下さい。					
	認定証の 認定月		原則申請が届いた月の初日から1年間の認定となります(厚労省の指導により) (申請月に新たに資格取得した場合は資格取得日より認定)					
	申請事由 (該当箇所にu)		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(現行発行の継続申請) <input type="checkbox"/> 紛失(月分より有効の認定証希望)					
	認定証の 送付先 宛 先		<input type="checkbox"/> 上記被保険者自宅住所 <input type="checkbox"/> 社内メール(〒) <input type="checkbox"/> 上記以外に送付の場合 (病院宛てに送付の場合、病院に受取り確認済み。 <input type="checkbox"/> はい) 〒					
	(該当箇所に✓)		受取人名 受取人 連絡先 TEL					
健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	マネージャー	主 任	担 当	適用 区分	発行年月日	受付年月日
						アイ ウ エ	有効期限	
							送付年月日	
備考欄								
2025.11 改版								

傷病発生状況確認書

傷病名	
傷病発生日時	年 月 日 AM・PM 時頃 <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日、休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()
傷病発生場所	
負傷時について	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上(<input type="checkbox"/> 出勤時 <input type="checkbox"/> 退勤時) <input type="checkbox"/> 出張中 *上記の場合、労災保険適用となるか会社に確認して下さい。(パート、アルバイトも含む) <input type="checkbox"/> 労災該当 <input type="checkbox"/> 確認中 <input type="checkbox"/> 確認予定 <input type="checkbox"/> 労災非該当 労災非該当の場合、理由 () *労災該当で健康保険を使用した場合、後日労災保険へ切り替える手続きが必要です。 ----- <input type="checkbox"/> 私用 ----- <input type="checkbox"/> その他()
負傷原因について	<input type="checkbox"/> 自らの不注意 <input type="checkbox"/> 交通事故(相手 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 学校内、学校行事のケガ <input type="checkbox"/> その他()
負傷時の飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲んでいた(<input type="checkbox"/> 歩行に支障あり <input type="checkbox"/> 歩行に多少支障あり <input type="checkbox"/> 歩行に支障なし) <input type="checkbox"/> 飲んでいない
・学校での怪我 ・スポーツの怪我 ・レジャー中の怪我 (該当箇所にü)	<input type="checkbox"/> 日本スポーツ振興センターの給付 (<input type="checkbox"/> 有り又は手続き中 <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 学校で加入している保険の給付 (<input type="checkbox"/> 有り又は手続き中 <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> クラブ等での保険加入 (<input type="checkbox"/> 有り又は手続き中 <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 主催者・施設管理者等での保険加入 (<input type="checkbox"/> 有り又は手続き中 <input type="checkbox"/> 無し)

負傷された時の状況を具体的に記入して下さい。