宛先　　日本電気健康保険組合　給付グループ･認定証発行

健康保険限度額適用･標準負担額減額認定　申請書

添付する証明書　：　被保険者の非課税証明書

提出年月日	令　　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	＊任意継続の方は社名等の記入不要です。	外　線
	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）	☐　被保険者 ☐　被扶養者（　　）	長期入院 （いずれかに✓）	申請前1年間の入院日数90日超え （非課税の期間の入院が対象です） ☐　該当します ☐　該当しません
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	マイナ保険証	☐持っている　　☐持っていない		

長期入院該当の場合			
①	申請日前1年間の入院期間（日数）	年　月　日～　年　月　日迄（　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日前1年間の入院期間（日数）	年　月　日～　年　月　日迄（　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日前1年間の入院期間（日数）	年　月　日～　年　月　日迄（　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
マイナ保険証の有無について		☐　有　　☐　無	

認定証の送付先等について （該当箇所に✓）	◆マイナ保険証利用の方は、認定証は未交付です。手続き後、オンライン資格確認で減額認定情報が反映されます。 ◆マイナ保険証を利用されない方は、上記被保険者住所に送付されます。 ☐　上記以外に送付希望の場合は下記に送付先を記入下さい。 （病院宛てに送付の場合、病院に受取り確認済み。　☐はい） 〒 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	発効年月日	受付年月日
						有効期限	
						送付年月日	

備考欄

2024.12　改版

▲

【怪我の場合のみ記入】

傷病発生状況確認書

＊全ての項目について記入して下さい。

傷病名	
傷病発生日時	年　月　日　AM・PM　時頃 ☐出勤日　☐登校日　☐休日（定休日、休暇を含む） ☐その他（　）
傷病発生場所	
負傷時について	☐勤務時間中　☐通勤途上（☐出勤時　☐退勤時）　☐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。（ﾊﾟｰﾄ、ｱﾙﾊﾞｲﾄも含む） ☐労災該当　☐確認中　☐確認予定　☐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。 ☐私　用 ☐その他（　）
負傷原因について	☐　自らの不注意　☐交通事故（相手　☐有り　☐無し） ☐　第三者行為　☐ケンカ ☐　スポーツ中　（☐職場の行事　☐その他） ☐　動物による負傷　（飼い主　☐有り　☐無し） ☐　学校内、学校行事のケガ ☐　その他（　）
負傷時の飲酒について	☐　飲んでいた　（☐歩行に支障あり　☐歩行に多少支障あり　☐歩行に支障なし） ☐　飲んでいない
学校・スポーツ・レジャー中の怪我の場合	☐　日本スポーツ振興センターの給付　（☐有り又は手続き中　☐無し） ☐　学校で加入している保険の給付　（☐有り又は手続き中　☐無し） ☐　クラブ等での保険加入　（☐有り又は手続き中　☐無し） ☐　主催者・施設管理者等での保険加入　（☐有り又は手続き中　☐無し）

負傷された時の状況を具体的に記入して下さい。