

## 「健康保険限度額適用認定証」の申請について

### <対象者・対象機関>

- ◆ **70歳未満の被保険者・被扶養者**  
(70歳以上で2割負担の方は申請不要。高齢受給者証を兼ねた保険証の提示で適用出来ます。)  
(70歳以上で3割負担の一部の方は認定証が必要ですが、対象者には健保より送付します。)
- ◆ 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(加害者)行為による怪我の場合はまず、  
健保事故担当までご連絡下さい。**

- 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 現物給付(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)
  - ・健保の社内メール便は本社経由の為、若干時間がかかる場合もあります。
  - ・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、健保より自動給付されます。(申請不要)  
病院から届く診療報酬明細書を元に計算しますので最短で診療月の3か月後です。  
(診療報酬明細書の到着が遅れると給付時期も遅くなります。)
- ・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。  
(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 現物給付グループ

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	内線 8-185-240
FAX番号	外線 03-3461-9375	

宛先 日本電気健康保険組合 現物給付グループ・認定証発行

(FAX 03-3461-9375) (社内メール 〒185-250) (TEL 03-3461-9370)

### 健康保険限度額適用認定証 交付申請書(70歳未満)

提出年月日 〇〇 年 〇月 〇日

被 保 険 者	記号	番号	被保険者名			
	会社名	*任意継続の方は社名等の記入不要です。		内線		
	所属			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			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 (該当箇所にて✓)	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て✓) <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	令和 年 月 から有効の認定証希望			<input type="checkbox"/> 認定証紛失による再発行	
	認定証の 送付先 宛先 (該当箇所にて✓)	<input type="checkbox"/> 上記被保険者自宅住所 <input type="checkbox"/> 社内メール(〒 _____ ) <input type="checkbox"/> 下記住所 (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) 〒 _____				
	受取人名			受取人 連絡先	TEL _____	
健 保 記 入 欄	マネージャー	主任	担当	適用区分		受付年月日
				標準報酬月額( _____ 万円) ア イ ウ エ		
				発効年月日	有効期限	送付日
備考欄						

