

健康保険限度額適用 認定申請書

※この申請書は適用対象者（70歳未満の方が対象）ごとに申請してください。

（被保険者またはご家族が記入するところ）

被保険者証の					
記号		番号			
被保険者	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		印			
事業所	名称		所在地		
適用 対象者	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	性別	男 ・ 女			
被保険者 (適用対象者) の住所	〒 — TEL — —				
認定証の 送付先	1. 事業所（勤務先） 2. 自宅 3. その他（〇〇様方・〇〇気付 等記入）				
	〒 — TEL — —				
入院又は通院 する医療機関	名 称				
	所在地				
入院又は通院開始（予定）日		令和 年 月 日から 入院 ・ 通院			
療養（入院又は通院）の原因		外傷 ・ その他 ・療養の原因が外傷の場合は、「負傷原因書」の提出が必要です ・交通事故等第三者行為による負傷の場合は、別途書類提出が必要となりますので、健康保険組合までご連絡ください			

オークマ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり「健康保険限度額適用認定証」の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

※健保処理欄

受付年月日	申請時の標準報酬月額	区分	理事長	常務理事	事務長	担当者
	千円	ア・イ ウ・エ				
入力年月日	発効年月日	有効期限	返納年月日			

オークマ健康保険組合

※認定証の発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日（申請する月に資格を取得したものは資格取得日）

※有効期限の終期は、発効日の属する月から最長1年以内の月の末日