

※健康 保 記 入 欄	標準報酬月額	(千円)			
	適用区分	ア 83万以上	イ 53~83万 未満	ウ 28~53万 未満	エ 28万未満
	有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

常務理事	事務長			担当

健康保険 限度額適用認定証交付 申請書

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

下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。
また、交付された認定証は使用後速やかに返却いたします。

		提出日		令和 年 月 日			
被 保 険 者 欄	被保険者証の		生年月日				
	記号	番号	氏名	昭和 平成	年	月	日
	事業所名			連絡先			
	住所	〒					
備考欄	<input type="checkbox"/> 【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

適 用 認 定 証 対 象 者 欄	カナ		被保険者 との続柄	生年月日			
	氏名			昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	〒					
	入院・通院 予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	傷病原因	①. 骨折やケガなど外傷性によるもの ②. ①以外によるもの ()					
	◎上記「 <u>傷病原因</u> 」で「 <u>①. 骨折やケガなど外傷性によるもの</u> 」の場合は具体的に状況を記入してください。						
	状 況	「いつ」					
	「どこで」						
	「誰と（誰が）」						
	「何をしていたら」						
	「どの様負傷したか」						
認定証 の送付先	被保険者住所に送付	被保険者住所 ・ 適用対象者住所 ・ その他					
	その他の場合の住所先 (実家 ・ 勤務先 ・ その他) ※実家名や病院先とその部屋番号等も記入してください。 〒						

※ (任意) 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認及び、本人確認をするための添付書類が必要です。

- ①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証 (写) またはパスポート (写) ②個人番号カード (両面) の (写)
- ①②のいずれか1点

※ 新規の場合はこの申請を受付した日の属する月の1日から有効となる限度額適用認定証が交付されます。

※ 厚生労働省の通達により、「発効年月日欄は申請のあった日の属する月の初日を記載のごと」と定められているため、前月以前に遡っての発行はできません。

※ 住民税非課税の方は、別紙「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書」で申請願います。

受 付 印

オオゼキ健康保険組合
2021.4.1改版