※健保記入欄					
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

マイナ保険証に対応した医療機関等では、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

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

被保険者等の記号	被保険者等の番号	氏名		生年月日			
				昭和 平成	年	月	日
事業所名		連絡先					
住所	〒						
備考欄	【必須】 以下の内容を確認して ☑ 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。					
		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。					
□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）							

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「負傷原因」で「①.骨折やケガなど外傷性によるもの」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（被保険者等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こと 」と定められているため、
※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
2025.12　改版