※	標準			常務理事	事務長			担当
欄	特定	年 月 日	イ ～83万 未満					

記入例

健保記載欄

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

被保険者証の記号	被保険者証の番号	氏名	健保　太郎	生年月日			
○○	○○○○			昭和・平成	年 ○○	月 ○○	日 ○○
事業所名	○○　店	連絡先	自宅・勤務先・携帯電話・その他 (000) - (0000) - (0000)				
住所	〒000-0000 東京都○○区○○町12-34-56　○○マンション　123号						
備考欄	【必須】以下の内						
	☑	この					
		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。					

必ず□へチェックを入れてください。

適用認定証対象者欄

カナ	ケンポ　ジロウ	被保険者との続柄	次男	生年月日			
氏名	健保　次郎			昭和・平成・令和	年 ○○	月 ○○	日 ○○
住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町1-2-3　○○アパート123号						
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」	令和 ○○年 ○○月 ○○日
	「どこで」	公園付近で
	「誰と（誰が）」	自分が
	「何をしていたら」	ジョギングをして
	「どの様に負傷したか」	転倒し、骨折をした。

状況について
負傷原因が①の場合は、必ず記入してください。

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	
	〒	

その他への送付の場合は
実家名や、病院先とその部屋番号など間違えのない様、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、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こと」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