記入例

※健…欄	標準…		
		イ ~83万 未満	
	有…	年　月　日~	

健保記載欄

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		氏名	健保　太郎	生年月日			
記号	番号			[✓ 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】 以下の内容を確認して ☑ してください ☑ ② 記載						

必ずチェックを入れてください。

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任し

委任する場合は☑してください。

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 〒	

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、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
2025.12　改版