健康保険　限度額適用認定　申請書

被保険者（申請者）記入用

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

◎マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます

以下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

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 □□□□　番号 □□□□□□□	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください
氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日 □□□□□□
本籍会社名	記号が７から始まる方は記入の必要はありません	電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）

認定対象者欄

療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	氏名	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日 □□□□□□
申請の種類	□新規　□延長　□滅失	使用予定	令和　年　月　※原則受付した月の1日から2025年11月30日まで有効となります

受け取り方法を「社内便」か「郵便」か選択してください。

認定証送付希望先

□社内便	※社内便を選択した場合のみ記入（受け取り先となる会社名・部署名等をご記入ください） ビル名 会社名 部・室・支店・グループ　課・チーム 宛名　様
□郵便	※郵便を選択した場合のみ記入（受け取り可能な住所をご記入ください） 住所（〒　－　）　被保険者との関係 宛名　様

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名		被保険者との関係	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他（　　）

◆ この申請書は対象者ごとにご提出ください。
◆ 骨折、外傷性のケガの場合は負傷原因報告書もご提出ください。
◆ 第三者行為による負傷の場合、限度額適用認定証は交付できません。

受付日付印

【申請書の提出先】
社内便：世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合　限度額　係

郵送：〒105-5135　東京都港区浜松町2-4-1　世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合　限度額　係

＜健康保険組合処理欄＞

常務理事	事務長	担当

＜チェック欄＞

	1次ﾁｪｯｸ	2次ﾁｪｯｸ
名義		
送付先		
社内便		
単数・複数	単・複	単・複