

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被 保 険 者	氏 名	印	被保険者証 記号番号	-
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	-	内線()

認 定 証 が 必 要 な 方	氏 名		被保険者 との続柄	
	生年月日	(和暦) 年 月 日	性 別	男 · 女
	申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長	使用予定	令和 年 月 ※

※厚生労働省の通達により、申請受付月の1日が発行年月日となります。
前月に遡っての発行はできません。

認定証送付先は、社内便・郵便のいずれか一方にご記入ください

認 定 証 送 付 先	<input type="checkbox"/> 社内便	ビル名 会社 部・室・支店・グループ 課・チーム 宛名
	<input type="checkbox"/> 郵便	住所 〒 -
		宛名

	宛名が被保険者以外の場合
様	被保険者 との関係

申請代行者欄は、被保険者及び認定証が必要な方以外の方が申請する場合にご記入ください

申 請 代 行 者	氏 名	印	被保険者 との関係	
	日中連絡先 電話番号		代行理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中 <input type="checkbox"/> 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。

令和 年 月 日

〈受付印〉

【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 係宛

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 係宛

＜健康保険組合処理欄＞

常務理事	事務長	担当

＜チェックリスト＞

	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