

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の  
上位所得者・  
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の 100	99999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 58年 6月 1日 <input type="checkbox"/> 令和			
氏名	健保 太郎		電話番号(日中の連絡先) TEL 03 (xxxx) xxxx			

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	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60年 5月 20日 <input type="checkbox"/> 令和
	申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長	使用予定	令和 3年 10月 ※	

※厚生労働省の通達により、申請受付月の1日から1年間有効となります。前月に遡っての発行はできません。

認定証送付希望先 (受け取り方法を選択)	<input type="checkbox"/> 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 宛名	申請受理後に健康保険組合から「認定証」をお送りします 受け取り方法を選択のうえ、受け取り先をご記入ください
	<input type="checkbox"/> 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(〒 - ) 宛名	

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 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <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。

上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。

令和 3年 10月 5日

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