

健康保険 限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

オリエントコーポレーション健康保険組合 御中

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。 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	①被保険者証の記号・番号	記号	番号							
	②被保険者の氏名	フリガナ								
	③被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日					
	④被保険者の住所	〒								
	⑤事業所名称	電話 ()								
	⑥事業所所在地									
	⑦所属部署名	電話 ()								
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	⑧対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記⑭～⑮欄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記⑨欄～⑮欄を記入してください。								
	⑨対象者の氏名	フリガナ								
	⑩対象者の生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日					
	⑪性別	男・女	⑫被保険者との続柄							
	⑬対象者の住所	〒								
	⑭入院(療養)予定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	⑮労災・通災又は第三者行為(負傷の際に相手がいる)による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい※ ・ <input type="checkbox"/> いいえ ※受診される傷病の原因が労災・通災又は第三者行為による場合は事前に当健保までご連絡下さい。(電話：03-5877-5831)								

<認定証送付先について>

*認定証は原則被保険者の所属部署へ社内便で送付します。被保険者本人が休暇中の場合は④欄の被保険者住所(自宅)へ書留で郵送いたします。但し、ご本人が入院により所属部署・自宅への交付が難しい場合に限り、病院に認定証を書留にて郵送しますので⑩欄に送付先住所をご記入ください。

送 付 先	⑯認定証送付先	・所属部署			・被保険者の住所			・病院			
	⑰病院に送付を希望する場合は、その送付先	住所	〒								
		宛名	電話 ()								

⑱被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者の記号番号を記入した場合は不要です										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑲社会保険社労士の提出代行者名記載欄	受付日付印

健保欄

常務理事	事務長	課長	担当	適用	区分		
				ア	イ	ウ	エ