

＜記入例＞ 健康保険 限度額適用認定申請書

オリエントコーポレーション健康保険組合 御中

必ず申請日を記入します

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 ケンポ タロウ 健 保 太 郎			
	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	〒××××-×××× 東京都港区2-×-× ○○マンション305号室 電話 03 (××××)××××			
	⑤事業所名称	㈱××××××			
	⑥事業所所在地	東京都千代田区×××× 1-×-×			
	⑦所属部署名	東京支店 電話 03 (××××)××××			
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	⑧対象者	☐ 被保険者本人 → 下記⑭～⑮欄を記入してください。 ☒ 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 ケンポ ハナコ 健 保 花 子			
	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	妻	
	⑬対象者の住所	〒××××-×××× ×-×-× ○○マンション305号室 電話 03 (××××)××××			
	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？	☐ はい※ ・ ☒ 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住所便で送付します。被保険者が入院中または休暇中の場合は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	⑯ 認 定 証 送 付 先		・ 所属部署 ・ 被保険者の住所 ・ 病院
付	⑰病院に送付を希望する場合は、その送付先	住 所	〒 ⑰被保険者本人が対象者で入院され、所属部署や自宅で認定証の受取りが出来ない場合は、送付先を病院へすることが可能です。 確実に配達されるよう宛名もしっかり記入してください。
先		宛 名	

[illegible]

⑭ 社会保険社労士の提出代行者名記載欄	
	印

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

発効は申請日の月、または受付
の月より 1 年間有効の限度額
証となります。