

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

オカモト健康保険組合 殿

下記のとおり交付を申請致します。

令和 年 月 日 申請

被保険者証の	記号	番	号	被保険者 (申請者) の氏名・印 生年月日	年 月 日生		
					年 月 日生		
所属事業所名							属性コード
現住所	〒 - 電話番号 ()						
対象者の	氏名		生年月日	年 月 日生	被保険者との続柄		
認定証送付先住所 (被保険者の住所と 同じ場合は省略可)	〒 -						
負傷の原因	外傷性の負傷(骨折、捻挫、打撲等)の時は、傷病原因もお書き下さい。 外傷性以外の場合は不要です。						
	【負傷原因】						
傷病名							
第三者の行為 (交通事故等) による負傷ですか	いいえ・はい		第三者の行為による場合は、「第三者の傷害(含自損行為) による傷病届」を提出してください。				
入院又は通院する 保険医療機関の	名称						
	所在地						
療養見込期間	【 入院・通院 】 いずれかに○をしてください 通院の場合は終了日の記入は不要です						
	年 月 日より 年 月 日 概ね 日(月)間						
申請先	〒 132 - 0035 東京都江戸川区平井7-12-8 オカモト健康保険組合 電話：03(5655)2317 ※ 申請書は、FAXによる送信が可能です。 FAX：03(5655)2318						

交 付 決 議 書

決 裁					承 認	記帳	台帳	入力
発効年月日								
適用区分	ア(83万以上)	イ(53~79)	ウ(28~50)	エ(26万以下)	オ(非課税者)	有効期限		
						報酬チェック欄	/ ~ / ~	

◎ 次に該当した場合、認定証を返却して下さい。

1. 認定証が必要なくなったとき
2. 資格を喪失したとき
3. 被扶養者でなくなったとき
4. 有効期限に達したとき(引続き認定を受ける場合、再度申請が必要です)
5. 標準報酬月額の変動により、所得区分が変更になったとき