

交付年月日	令和 年 月 日	発効年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係
有効期限	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円			
適用区分		備考				

申請日 令和 年 月 日

OKK健康保険組合理事長 殿

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	被保険者証 記号・番号		事業所	名称		
	氏名			所在地		
	生年月日	昭和 年 月 日 平成		所属		
	被保険者の個人番号（マイナンバー） （記号番号を記入した場合は 記入不要 です。）					
	住所	〒 - TEL () -				
適用対象者	氏名		被保険者との続柄			
	生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	性別	男 ・ 女		
業務上又は通勤途上での傷病ですか？					はい ・ いいえ	
傷病の原因は第三者行為（交通事故・けんか等）によるものですか？					はい ・ いいえ	
本証の使用目的 （1～3いずれかに○印）		1. 入院のため（ 病院 科） 2. 通院(薬剤費含む)のため 3. 入院と通院の両方のため（ 病院 科） [入院(予定)・使用期間] 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで [備考] ご記入いただける範囲で病状などお聞かせください。 ()				

代理申請される場合					
申請代行者	氏名		被保険者との関係		
	住所	〒 -			
	連絡先				
申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ()			

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。