

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

申請日をご記入ください。

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	4402 1234	名称	OKK(株)
	氏名	健保 太郎	所在地	兵庫県伊丹市北伊丹8-10
	生年月日	昭和 平成 50年4月1日	所属	人事課
	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。）		被保険者証の記号・番号を記入した ときは、マイナンバーの記入は不要です。	
住所	〒 664 - 0831 兵庫県伊丹市北伊丹8-10	TEL (072) 771 - 0803		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者 との続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和 51年3月1日	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（健保 病院 産婦人科） 2. 通院(薬剤費含む)のため 3. 入院と通院の両方のため（療養等に必要な期間（入院期間など）をご記入ください。 [入院(予定)・使用期間] 令和 1年 5月 16日 から令和 2年 3月 31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。 〔 出産準備と帝王切開による入院のため 〕		
代理申請される場合 使用目的、病状などお答えいただける範囲で ご記入ください。（任意）				
申請代行者	氏名		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。