

- 【提出先】 ①ファイルリクエスト(推奨) : https://ono-pharma.app.box.com/f/736095a662724072ae1b70326f5b7a96
②社内便の場合 : 社員 ⇒ 小野薬品健康保険組合
③メールの場合 : miyauchi@ono-pharma.com (健保 宮内)

記入見本

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		××	—	××××			令和	4	年	5	月	7	日
被保険者	氏名	健保 太郎						事業所名					
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/>	昭和	42	年	10	月	10	日	<input checked="" type="checkbox"/>	小野薬品工業(株)/小野薬品ユーティ(株)		
		<input type="checkbox"/>	平成							<input type="checkbox"/>	任意継続		
適用対象者	氏名	健保 太郎						被保険者との続柄		本人			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/>	昭和							性別	<input checked="" type="checkbox"/>	男	
		<input type="checkbox"/>	平成	42	年	10	月	10	日		<input type="checkbox"/>	女	
		<input type="checkbox"/>	令和										
被保険者(適用対象者)の住所		〒	541	—	0045		<input type="checkbox"/> 送付先住所として使用						
		大阪府大阪市中央区道修町×-×-×											
入院(予定)日		令和	4	年	5	月	15	日	備考				

※有効期限は通常三ヶ月ですが、最長一年にすることも可能です、ご希望があれば備考欄にご入力ください。

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。

また、被保険者(適用対象者)の住所へ送付を希望される場合は必ずチェックをお願いいたします。

受付印

小野薬品健康保険組合理事長 殿

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者