

【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)

健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		—		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和 年 月 日 平成	任意継続はチェックを入れてください	
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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者(適用対象者)の住所		<input type="checkbox"/> 〒 — <input type="checkbox"/> 送付先住所として使用		
入院(予定)日	令和 年 月 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。

マイナ保険証を利用すれば限度額適用認定証の提示は不要になります。

小野薬品健康保険組合理事長 殿

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者