

各位

小野薬品健康保険組合

申請書類の提出方法について（ファイルリクエストを追加）

コロナ対応として、申請書類の提出方法や押印廃止などを適時見直していますが、メール誤送信による個人情報漏洩を回避するため、提出方法にBox「ファイルリクエスト」を追加しましたので、お知らせいたします。

特に、①リモートワークの多い方、②休職中の方、③保険証や限度額適用認定証を早急に欲しい方につきましては、以下の申請書類と証明書類の提出の際にはファイルリクエストの利用を推奨します。 ※補助金や給付金関係の申請書については紙・社内便のみの対応

<ご家族を健保組合に入れるとき・外すとき>

<保険証を紛失したとき>

ファイルリクエスト <https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4>

小野薬品健康保険組合理事長 殿 提出先
 ①社内便の場合 : 社員 ⇒ (人事 山本) ⇒ 小野薬品健康保険組合
 ②ファイルリクエスト(※) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/requests/721184297>
 ③メールの場合(※) : To: toyamanoto@ono.co.jp Cc: mhisan@ono.co.jp
 ※証明書類を添付 : 上記①、②の場合はスクリーンショットや撮影の画像データ可

健康保険被保険者証 再交付申請書 (兼 滅失届)

健康保険被扶養者(異動)届

氏名	性別	生年月日	続柄	扶養期間	扶養期間の開始日	扶養期間の終了日	扶養期間の延長日	扶養期間の延長理由	扶養期間の延長日
フリガナ									
氏名									
性別									
生年月日									
続柄									
扶養期間									
扶養期間の開始日									
扶養期間の終了日									
扶養期間の延長日									
扶養期間の延長理由									
扶養期間の延長日									

上記の扶養期間の延長については、扶養期間の延長理由を記載してください。

事業主の証明
 事業主の氏名 小野薬品工業株式会社
 事業主の代表者 人事部長 亀澤 忍

小野薬品健康保険組合理事長 殿 提出日 令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	フリガナ	被保険者の氏名
被保険者の居住所		
再交付請求書	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) [氏名]
申請理由	<input type="checkbox"/> 変更 (必ず変更した健康保険証を添付して下さい) <input type="checkbox"/> 滅失 申請理由(詳しく)	(備考) 一方、紛失した健康保険証を廃止したときは、直ちに廃止いたします。 今後、健康保険証の改訂については平允注意します。
警察への届け出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
上記の申請について相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
事業主の証明	所在地 大阪府中央区大船町1丁目8番2号 事業主名 小野薬品工業株式会社 事業主代表者氏名 人事部長 亀澤 忍	

<入院などのため、医療機関から「限度額適用認定証」の提出を求められたとき>

ファイルリクエスト <https://ono-pharma.app.box.com/f/e42b93a3c1e24ed9bdc145e08baf49dc>

【提出先】 ①社内便の場合 : 社員 ⇒ 小野薬品健康保険組合
 ②ファイルリクエスト(※) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/requests/797581875>
 ③メールの場合 : mhisan@ono.co.jp (亀澤 久野)
 ※証明書類を添付

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 年 月 日	
被保険者	氏名	事業所名
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小野薬品工業株式会社 <input type="checkbox"/> 任意継続
適用対象者	氏名	被保険者との続柄
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保険者(適用対象者)の住所		
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。		
小野薬品健康保険組合理事長 殿	受付印	健康保険組合使用済 常務理事 亀澤 忍 代表者