

オリエンタルランド健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

マイナ保険証※で受診する方は申請不要です

※マイナ保険証とは
マイナンバーカードに保険証機能を一体化させたもの

健康保険限度額適用認定申請書

※記入、または☑をしてください

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	(フリガナ)		
	生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
	電話番号	※平日の日中に連絡が取れる電話番号		
適用対象者 ※被保険者の場合は記入不要	氏名	(フリガナ)		被保険者との続柄
	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日		
使用開始年月	令和 年 月 より □入院 □外来			
右記をご確認ください	①今回の傷病原因は、労働災害および通勤災害、第三者行為(交通事故等)ではありませんか。 *該当する場合、健康保険の対象外となりますので、申請できません。 ②今回の傷病は骨折・打撲・挫傷・損傷等の「けが(外傷)」ではありませんか。 *該当する場合、別紙「傷病の原因届」を提出してください。 ③被保険者は市区町村民税の非課税者ではありませんか。 *被保険者が非課税者の場合、この申請用紙での発行はできません。 健康保険組合より、「非課税者用申請書」をお出ししますので申し出てください。			
※	申請代行者 氏名			被保険者との関係
	連絡先	※平日の日中に連絡が取れる電話番号		
	申請代行の理由	□被保険者本人が入院中で外出できないため □その他()		

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。

令和 年 月 日

オリエンタルランド健康保険組合 様

発行後、認定証は窓口にてお渡しします。なお被保険者本人が受け取りに来られない場合、右記にチェックをし、以下に住所を記入してください → □受け取りを郵送希望いたします

〒

送付先
住所

受付日付印