健保記入欄	回収伺		
	決裁日	令和　年　月　日	
	証回収日	令和　年　月　日	
	期間満了　喪失(削除)　その他		
	常務理事	事務長	担当者

発行伺		
決裁日	令和　年　月　日	
証発行日	令和　年　月　日	
区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
常務理事	事務長	担当者

【申請される皆さんへ】

◎マイナンバーカードと健康保険証の紐づけ(マイナ保険証)を実施すれば、**マイナ保険証を使用し、限度額の確認が医療機関で可能です**。ぜひマイナ保険証を登録してください。

◎限度額申請にあたり、受診する医療機関でマイナ保険証が利用できる状況にあるか、念のため事前にご確認ください。

◎この申請書を提出しても、マイナ保険証の利用登録が確認された場合等は、限度額証は原則交付できません。

健康保険　限度額適用認定証交付申請書

令和　　年　　月　　日

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

上記内容を確認しました。限度額証が必要となりますので申請します。

被保険者等記号・番号	記号		番号			
被保険者の氏名・生年月日・性別			昭和 平成 令和　年　月　日生		男・女	
被保険者の現住所	〒　－		※①日中の連絡先 TEL　（　）			
被保険者が勤務している事業所	会社名					
	所在地					
適用対象者 （本人のときは続柄欄のみに本人と記入）	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生	男・女
	住所	〒　－				
必要期間	自 令和　年　月　日 ～ 至 令和　年　月　日(予定)					
医療機関等	名称					
	所在地					
※② 認定証の送付先	勤務先事業所　を基本とします。緊急を要する場合(※②)は、送付先をご記入ください。 〒　－ （　）					
備考						
被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です）						

※①　日中に健保から申請書の問合わせが受けられる電話番号を記入してください。

※②　緊急を要する場合とは、被保険者が勤務先で受取れない、または受取れるが使用に間に合わない状況となります。(使用日まで近い、すでに入院中、所属先から出向中、出勤しない、など)同居扶養者が対象者のときは、勤務先での受取りにご協力をお願いします。

その他注意事項

1）適用対象者1名毎に申請してください。
2）認定証は有効期間がありますので、医療機関に必要期間の確認を行ってください。
3）交通事故など第三者行為によるものは申し出てください。(備考欄に記入)
4）通勤途上や労働災害による入院は労災保険の適用となり本認定申請は受けられません。

<R061202>