記入例

健 保 記 入 欄	回 収 伺		
	決 裁 日	令 和 年 月 日	
	証回収日	記入不要	日
	期間満	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	記入不要	日
区 分		才
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の健康保険証との紐づけ(マイナ保険証)を実施済の方は、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**。是非、マイナ保険証の利用をお勧めします。

◎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。

※マイナ保険証が利用できる状況であれば、限度額証の発行は不要となります。

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

令和 7 年 4 月 2 日

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

赤字部「記入必須」

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	123	番号	45678
被保険者の氏名・生年月日・性別	健康 太郎		昭和 平成 令和	50年 4月 1日生 (男)・女
被保険者の現住所	〒 123 - 4567		※①日中の連絡先 TEL 090 (1000) 0000	
	〇〇県△△市※※1-1-1 %%マンション111号室			
被保険者が勤務している事業所	会社名	〇〇〇〇株式会社 ××支社 △△支店		
	所在地	●●県△△市……		
適用対象者	氏名	健康 花子	続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和	51年 4月 2日生	(男)・女
(本人のときは続柄欄のみに本人と記入)	住所	〒 123 - 7891	〇〇県※※市△△3-2-1	
必要期間	自 令和 7 年 4 月 1 日 ~ 至 令和 8 年 3 月 31 日(予定)			
医療機関等	名称	△△病院	最大、1年間の期間で発行可	
	所在地	●●県△△市……		
※② 認定証の送付先	勤務先事業所 を基本とします。緊急を要す場合(※②)は、送付先をご記入ください。			
	〒	緊急を要す場合は、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。(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)		
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 緊急を要す場合は、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(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場合、送付先を同居扶養者の住所に記入してください。

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、医療機関に必要な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。(備考欄に記入してください)
- 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不要となります。

申請書到着後、1週間程で限度額証を発行します。

入院時の場合、病院側から証を求められることがありますので、事前に病院に確認することをお願いします。