

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

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

令和 4 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

下記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します

赤字部「記入必須」

被保険者証の記号・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				
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	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	被保険者本人の場合は、氏名と続柄「本人」のみの記載で可				
必要期間	自 令和 4 年 4 月 1 日 ~ 至 令和 5 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。						
備考	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。						
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証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(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、送付先を勤務先事業所と記入してください。

その他注意事項

- 適用対象者1名毎に申請してください。
- 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。
- 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)
- 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。

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。

&lt;R40401&gt;