

限度額適用認定証の発行は資格確認書の交付を受けている方が対象となり、マイナ保険証をご利用いただける方が申請されても原則発行されません。(当組合がやむを得ないと認めた場合は除く。)
なお、非課税区分での認定を希望される場合は手続きが異なりますので当組合までご連絡ください。

決 裁 欄	常 務 理 事	事 務 長	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

区 分	1. 資格確認書の交付を受けている 2. マイナ保険証を利用している(またはマイナンバーカードへ健康保険の登録が完了している) ※2. に該当する場合は発行されません。ご事情がおありの場合は具体的にご記入ください。 ()				
被 保 険 者 等 記 号 番 号				事 業 所 の 名 称	□任意継続
被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
被 保 険 者 の 住 所 及 日 中 連 絡 の 取 れ る 電 話 番 号	〒 - TEL				
適 用 対 象 者 ※ 適 用 対 象 者 が 被 扶 養 者 の 場 合 の み	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
療 養 (予 定) 期 間	令和 年 月 ~ ※療養開始時期が未定の場合はおおよその時期が確定してからご申請ください。 ※申請受付日より遡っての発行はできません。また有効期限は発行後、最初に到来する8月末までです。				
申 請 事 由	1. 病気による 2. 外傷性のケガによる 3. 事故等第三者行為による ※2 又は 3 に該当する場合は下記に負傷原因をご記入ください (負傷原因:)				
認 定 証 の 送 付 先	1.事業所 2.被保険者の住所 3.適用対象者の住所 4.その他 (続柄())				
上記3.4の場合の 住 所	〒 - TEL				

三井物産健康保険組合 理事長 殿

受 付 印

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。

- ※ この申請書は、適用対象者ごとに作成してください。
- ※ 退職後の任意継続の方は、「任意継続」の□にチェック☑を入れてください。
- ※ 「認定証の送付先」欄内の番号を選択し、○をつけてください。送付先が 1.2.3 のいずれでもない場合には 4 を選択し、括弧内に送付する相手の氏名、被保険者との続柄を記入してください。又、3 か 4 を選択した場合には、「上記 3.4 の場合の住所」欄に送付先の住所と電話番号を記入してください。