

■受付期間：毎年8月1日～8月31日

※受付期間よりも前の申請は受付いたしませんので、受付期間内にご申請ください。

■申請方法：上記期間内に三井物産社内便または郵送にて健康保険組合まで申請書をご提出ください。

※メールでの申請は受け付けておりませんので予めご了承ください。

■認定証交付時期：8月末以降、随時交付

※8月20日までに受付した申請分は8月末に認定証をお送りいたします。

■その他：有効期限が到来した認定証については必ずご返却をお願いいたします。

決 裁 欄	常 務 理 事	事 務 長	担 当

《更新用》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 ※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 (			ご自身の記号番号は①～③い ずれかでご確認ください。 ①マイナポータル②資格情報の お知らせ③資格確認書 ※保険者番号(06133714)は記 入しないでください。							
被 保 険 者 等 記 号 番 号	3	1	1	-	1	0	0	0	1	事 業 所 の 名 称	三井物産株式会社 □任意継続
被 保 険 者	氏 名		健保 太郎				生 年 月 日		昭・平・令 3 年 4 月 10 日		
被 保 険 者 の 住 所 及 日 中 連 絡 の 取 れ る 電 話 番 号	〒 ○○○ - ×××× 東京都△△区○○町 1-2-3 TEL090-○○○○-××××										
適 用 対 象 者 ※ 適 用 対 象 者 が 被 扶 養 者 の 場 合 の み	氏 名		健保 花子				生 年 月 日		昭・平・令 3 年 8 月 1 日		
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」の口にチェック☑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。