＊＊＊申請前にご一読願います＊＊＊

マイナ保険証を利用されている方は申請不要です。（※低所得者に該当する方、オンライン資格確認未導入の医療機関等受診の方は除く）

なお、令和 6 年 12 月 2 日以降は資格確認書（または令和 7 年 12 月 1 日までの経過措置期間において有効な保険証）をお持ちでない方が申請されても限度額適用認定証は発行されませんのでご了承ください。

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

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
被保険者の住所及び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。 **※申請受付月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、〇をつけてください。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。