

常務理事	事務長	担当者	発効年月日	有効期限	適用区分

\* 健保組合で記載する欄です。

## 健康保険 限度額適用認定申請書

三井化学健康保険組合 殿

下記のとおり「健康保険限度額適用認定証」の交付を申請します。

申請年月日	令和	年	月	日		
被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号		番号		事業所名称
	氏名					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は□にチェックして下さい。)					

認定対象者情報	認定証が必要な方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)							
	家族が必要な時はその方の氏名・生年月日・続柄をご記入下さい。	氏名		続柄					
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	認定証必要期間 (医療費が高額の見込みとなる期間や入院予定期間等をご記入下さい)	令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日
	国や市区町村の医療費助成を受けていますか? (申請中又は申請予定の方は、その旨ご記入下さい)	<input type="checkbox"/> はい (助成内容をご記入下さい。*乳幼児医療、子ども医療、特定疾病など) (助成の種類) <input type="checkbox"/> いいえ							
	工作中、通勤途中、相手のいる事故等の負傷による治療ですか?	<input type="checkbox"/> はい (事前に当健康保険組合へご連絡下さい。TEL 03-3572-6120) <input type="checkbox"/> いいえ							
	骨折やケガなど外傷性の傷病による治療ですか?	<input type="checkbox"/> はい (傷病原因をご記入下さい。*単独での転倒、スポーツ中の負傷など) (傷病原因) <input type="checkbox"/> いいえ							
認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 事業主経由 <input type="checkbox"/> 住所(希望する送付先をご記入下さい。*任意継続の方は必ずご記入下さい) (〒 - ) (宛名) 電話番号(日中連絡のつく番号を記入して下さい) - -								

○認定証の発効日は原則申請書を当健康保険組合が受け付けた日の属する月の1日からとなります。

(受付年月日)

(発効年月日は、前月に遡っての発行はできません。)

○認定証は、有効期限を過ぎたとき、加入資格を喪失したとき、ご退院等により不要となったときはご返却下さい。

### 【申請書送付先】

〒105-0021 東京都港区東新橋2-4-1 サンマリーノ汐留 3階 三井化学健康保険組合 宛