常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定証　交付申請書

被保険者	記　　号		番号		所属(略号)	
	氏　　名					
	生 年 月 日	□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日				
療養を受ける方	氏　　名					
	生 年 月 日	□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日				
	住　　所					
	療養予定期間※	※未定の場合も、必ず予定月(最長６か月まで) 記入ください・(遡及月の認定発行はできません) 令和　　年　　月　～　令和　　年　　月				

《 注意事項》

◎被保険者が[住民税非課税] の場合、別途申請が必要な場合がありますので健保組合までご連絡ください。

1) 申請は、適用対象者ごとに行ってください。

2) 事前に医療機関窓口への提出期限をご確認いただき、余裕をもってご申請ください。

《お急ぎの場合》

健保へ事前連絡し午前10時までにFAX(又はメール)の送付により、正午前の社内便(1便/日)で発送対応可。
℡)0277-44-1209(内線:821-4911) ／ FAX)0277-44-1210(内線:821-2399)

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

事 業 所 名　：

被保険者氏名　：

ミツバ健康保険組合　理事長　　様