

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

健康保険 限度額適用認定申請書

＜申請時の注意＞	*本申請書を三菱重工健保が受付した月の1日から有効な認定証を交付します。 *発効日を前月に遡って交付する事はできません。余裕を持って早めにご申請ください。
----------	--

以下のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被保険者の情報	保険証	記号		番号		
	氏名				勤務先	
	生年月日	年	月	日	日中連絡先(TEL)	
	住所	〒 -				

適用対象者 (療養を受ける人)	氏名	*被保険者の場合は「同上」と記入			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	医療機関名 (入院・通院)	
	傷病の原因 (□にチェック)	通勤途上や、勤務中に発生したケガですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			相手のいる交通事故、もしくは第三者行為(けんか等)によるケガですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
＜注意＞「はい」の場合は、申請前に必ず健康保険組合へご連絡ください。						

認定証の送付先	*上記「被保険者の情報」の住所と同じであれば記入不要です。					
	〒 -					
*簡易書留便で送付しますので、対面受取りが必要となります。 *医療機関へ直接送付希望の場合は、医療機関へ事前承諾を得たうえ、病棟、病室番号、宛名、担当者名等、漏れなくご記入ください。 *送付先と、被保険者の苗字が異なる場合は「〇〇様方」をご記入ください。						

*被保険者本人が入院中等でやむを得ず本人以外(家族等)が申請する場合は、以下をご記入ください。

申請代行者	氏名				被保険者との続柄	
	代理申請の理由				日中連絡先(TEL)	

＜有効期限について注意＞

*認定証の有効期限は、発効日から直近の8月31日までです。

9月1日以降も継続して認定証が必要な場合は、再度、本申請書にてご申請ください。

＜申請書の送付先＞

郵送……〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-1-1 国際ビル4F 三菱重工健康保険組合 業務G 宛
社内便……丸の内/国際ビル 三菱重工健康保険組合 業務G 宛 (TEL:03-6551-2657/2651)

*なお、以下にあてはまる場合は認定証を上記宛先までご返納ください。

有効期限に達したとき・資格がなくなったとき・記載内容に変更があったとき・不要になったとき等

健保記入欄	備考	常務理事	事務長	担当	健保受付