

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号・番号	—	事業所名			
	被保険者の	氏名		生年月日		
		〒		昭和 平成	年	月
		—		日		
		住所				
	適用対象者の	氏名		生年月日		
		被保険者との続柄		第三者行為によるものですか (※1)		
				はい ・ いいえ		
		治療に要する予定期間 (最長1年間で申請可能)				
		平成		年	月	日
から		平成	年	月		

通信欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※1. 第三者行為 (交通事故など) による傷病の場合は、事前に三井健保 (電話 03-3243-1406) にご連絡ください。

【申請上の注意】

- ・ 予定期間の1ヵ月前から申請を受付けます。
- ・ 認定証の効力発生日は、三井健保が申請書を受理した日が属する月の1日からとなります。

事業主の記入欄	上記のとおり申請がありましたので提出します。		平成	年	月	日
	事業所の所在地					
	名称					
事業主氏名印		Ⓜ				

健保 使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課	
	発議日	平成	年	月	日
発効日	平成	年	月	日	標準報酬月額
有効期限	平成	年	月	日	区分

千円	83万円以上	ア
	53万～79万円	イ
	28万～50万円	ウ
	26万円以下	エ