

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

被保険者の記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名			事業所名称	
	生年月日	年	月	日	連絡先(TEL)
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別
認定証の送付先		〒 ー			

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。

組合記入欄	H 年 月 日 発行	常務理事	事務長	係

〈注意事項〉

- ① 認定証の有効期限は、健保受付月の初日から最初に到来する8月末日までとなります。
※引き続き認定証が必要な場合は、再度申請書をご提出願います。
- ② 第三者の行為（交通事故等）により健康保険証を使用される場合は、当健保組合に必ずご連絡願います。
- ③ 次に該当される方は、速やかに「認定証」をご返納ください。
 - ・ 有効期限に達したとき
 - ・ 被保険者・被扶養者の資格がなくなったとき
 - ・ 認定証の記載内容に変更があったとき

〈申請書の送付先〉

郵送の場合……〒108-8215 東京都港区港南2-16-5 三菱重工健康保険組合 宛
 重工社内便を利用される場合……重工本社気付 三菱重工健康保険組合 宛