

# 健康保険限度額適用認定申請書

三菱製鋼健康保険組合理事長殿

理事長	常務理事	事務長	係員	受付

被保険者証	記号		番号		事業所	
フリガナ					所属	部 G
被保険者氏名	印				生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住所および電話番号	〒 電話番号 ( ) -					

フリガナ		男・女	被保険者との続柄	
適用対象者氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日生
住所および電話番号	〒 電話番号 ( ) - 被保険者の住所等と異なる場合のみに記入			
適用対象者が入院を予定している	医療機関名称	電話番号 ( ) -		
	所在地	〒		
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

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。