

理事長	常務理事	事務長	担当者	

## 健康保険限度額適用認定申請書

三菱マテリアル健康保険組合

被保険者証記号番号		—			
被保険者	氏名	⑩		事業所	名称
	生年月日	年	月		日
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別 男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所					
入院外来区分	入院 ・ 外来診療		入院(予定)年月日	平成	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。

健康保険組合受付日

<注意事項>

退院後又は、期限が切れた際には、必ずご返却ください。