

常務理事	事務長	係	係

標準報酬月額		千円	限度額区分					
有効期限	令和	年	月	日	～令和	年	月	日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号			
被保険者	氏名		
	生年月日	年	月 日
適用対象者	氏名		
	生年月日	年	月 日
		事業所	名称
			所在地
		続柄	
		性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所等		〒	
		TEL - -	
交付必要期間 (入院期間などをご記入ください。)		令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	

被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名		被保険者との関係
申請代行者の住所等		〒	
		TEL - -	
申請代行の理由		1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他()	

(注) 被保険者氏名欄は、被保険者が自ら記入(自筆)してください。できない場合は代行者が記入してもかまいません。その際は、申請代行者欄に記入してください。

この申請による限度額適用の期限は直近の8月末または3月末日です。

次に該当した場合は再度申請を行う必要があります。

- ・所得の変動等により限度額区分が変更になる場合
- ・期限を超えて適用を受ける場合

申請書の提出先は 三重県自動車販売健康保険組合 です。

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。

年 月 日

三重県自動車販売健康保険組合 殿

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

