

常務理事	事務長	業務課長	係

標準報酬月額	千円	限度額区分	
有効期限	年 月 日	～	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	〇〇・〇〇			
被保険者	氏名	三重 太郎 (印)	事業所 名称	〇〇〇株式会社
	生年月日	昭和56年 3月 1日	事業所 所在地	三重県〇〇市〇〇町
適用対象者	氏名	三重 太郎	続柄	本人
	生年月日	昭和56年 3月 1日	性別	(男) ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所等	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町 Tel 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
交付必要期間 (入院期間などをご記入ください。)	令和 2年 4月 〇〇日 ～ 令和 〇年 5月 〇〇日			

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	三重 花子 (印)	被保険者との関係	妻
申請代行者の住所等	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町 Tel 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
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)する場合は、押印は省略できます。

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

受付日付印

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。

令和〇年 〇月 〇日

三重県自動車販売健康保険組合 殿