

記入例

| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係 |
|------|-----|----|---|
| | | | |

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | |
|----------------|------------|-----------------------------|--|
| 被保険者証の記号番号 | | 100 - 9999 | |
| 被保険者 | 氏名 | 健保 太郎 | |
| | 生年月日 | S 50 年 1 月 1 日 H | 事業所 名称 〇〇株式会社 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| 適用対象者 | 氏名 | 健保 花子 | 被保険者との続柄 妻 |
| | 生年月日 | S 53 年 1 月 1 日 H R | 性別 男 ・ 女 |
| 使用開始年月 | 令和 年 月 | | |
| 被保険者(適用対象者)の住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | |

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。

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

申請日を記入してください

受付日付印

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いが免除されます。
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。