

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 H 50 年 1 月 1 日			
		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 H 53 年 1 月 1 日		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。