

常務理事	事務長	係	係

令和 ○年 ○月 ○日

オートボックス健康保険組合理事長 殿

提出日をご記入ください。
空欄の場合は受付日が
申請日となります。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		123-4567			
被保険者	氏名	健保 太郎 (印)	事業所	名称	オートボックス〇〇
	生年月日	昭和○年 ○月 ○日		所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭和○年 ○月 ○日	性別	男 ・ (女)	
被保険者（適用対象者）の住所					
大阪府〇〇〇-〇〇					

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。

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

