

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

健康保険限度額適用認定証再交付申請書

被保険者証記号番号					
被保険者	氏名	年 月 日	印	事業所	名称
	生年月日	年 月 日			所在地
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

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。

