様式１号

※決定伺	伺の日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	課長	係	担当者
	交付年月日	令和　年　月　日					
	発効年月日	令和　年　月　日					
	有効期限	令和　年　月　日	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅰ・Ⅱ			
	資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	標準報酬月額	千円			

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者 氏名		生年月日							
―				昭和 平成		年		月		日	
被保険者住所	〒　― （電話番号）　（　　）										
事業所	名称										
	所在地										
適用対象者	氏名		性別	生年月日							被保険者との続柄
			男・女	昭和 平成 令和		年		月		日	
適用対象者の住所	〒　―										
被保険者のマイナンバー記入欄											

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。

※マイナンバーで申請する場合は、個人番号確認及び本人確認をするための書類が必要となります。

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕をもってご提出願います。

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。

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。
※電子資格確認に利用される個人番号化カードをいいます。

令和　年　月　日

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長　様

受付日付印