

※	常務理事	事務長		担当者	法 定 区 分 決 定 決 議	
					標準報酬月額 (千)	ア・イ・ ウ・エ
起 案 年 月 日						

※印欄は記入しないでください。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	記 号		番 号			
	氏 名				性 別	男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日				
	住 所	〒				
適用対象者	氏 名				性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	住 所	〒				
医療機関名						
入院期間 (見込)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日迄					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 大阪自動車販売店健康保険組合理事長 殿 〒 住 所 被保険者 氏 名						

※申請の際には、適用対象者の被保険者証のコピーを必ず添付してください。
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。