※	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・令和　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または資格確認書、お知らせ等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。マイナ保険証をぜひご利用ください。