

常務理事	事務長	係	係

標準報酬月額	千円	限度額区分	
有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号			
被保険者	氏名		
	生年月日	年 月 日	
適用対象者	氏名		
	生年月日	年 月 日	
被保険者(適用対象者)の住所等		〒	
交付必要期間 (入院期間などをご記入ください。)		年 月 日 ~ 年 月 日	

被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
申請代行者の住所等		〒		
申請代行の理由		1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他()		

(注) 被保険者氏名欄は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合は、押印は省略できます。
 この申請による限度額適用の期限は直近の8月末または3月末日です。
 次に該当した場合は再度申請を行う必要があります。
 ・所得の変動等により限度額区分が変更になる場合
 ・期限を超えて適用を受ける場合

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。

平成 年 月 日

三重県自動車販売健康保険組合 殿

受 付 日 付 印