常務理事	事務長	業務課長	係

標準報酬月額	千円	限度額区分	
有効期限	年　月　日～　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	㊞	事業所	名　称	
	生年月日	年　月　日		所在地	
適用対象者	氏　名		続　柄	
	生年月日	年　月　日	性　別	男　・　女
被保険者（適用対象者）の住所等	〒 TEL　－　－			
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	〒 TEL　－　－			
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

受付日付印

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。

年　月　日

三重県自動車販売健康保険組合　殿