

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	三重 太郎 三 重	事業所 名称	株式会社
	生年月日	昭和56年 3月 1日	所在地	三重県 市 町
適用対象者	氏名	三重 太郎	続柄	本人
	生年月日	昭和56年 3月 1日	性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所等		〒 - 三重県 市 町		
交付必要期間 (入院期間などをご記入ください。)		平成26年 4月 日 ~ 平成26年 5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	三重 花子 三 重	被保険者との関係	妻
申請代行者の住所等		〒 - 三重県 市 町		
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