

※ 決 裁	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

※印欄は記入しないでください。

※適用区分	ア・イ・ウ・エ
※有効期限	令和 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		—		事業所	名称	
被保険者	氏名				所在地	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	被保険者の電話番号 () —
被保険者の住所		〒 —				
適用対象者	氏名				被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別 男・女
適用対象者の住所		〒 —				

令和 年 月 日

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。

限度額適用認定証は被保険者の自宅あて送付を希望します	
----------------------------	--

※上記に○印がない場合は、事業所宛に送付します。

愛知県トラック事業健康保険組合

マイナ保険証を利用すれば、事前の手續なく、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。

<p>※【窓口交付】</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職 名</p> <p>証受取者名</p>
--