

決 裁		令和 年 月 日				
常務理事	事 務 長	業務部長	業務課長	業務係長	業務主任	担 当 者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		(記号)	(番号)			
被 保 険 者	氏名及び印	⑩				
	生年月日	昭和	・	平成	・	令和 年 月 日
事 業 所	名 称					
	所 在 地					
適 用 対 象 者	氏 名					
	生年月日	昭和	・	平成	・	令和 年 月 日
	被保険者との続柄		性 別	男 ・ 女		
被保険者（適用対象者） の 住 所	〒 ー		TEL	()		

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。

令和 年 月 日 提出

※マイナ保険証を利用した場合、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いが免除されます。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。

受付日付印

東部ゴム健康保険組合