

(※健康保険組合において記入する欄)

|        |        |          |         | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係員 |
|--------|--------|----------|---------|------|-----|----|----|
| 標準報酬月額 | 千円     | 限度額区分    | 一般 ・ 上位 |      |     |    |    |
| 有効期限   | 平成 年 月 | ～ 平成 年 月 | 末日      |      |     |    |    |

## 健康保険限度額適用認定申請書

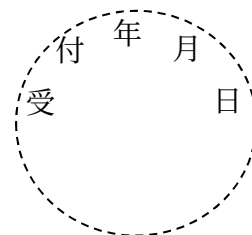
記入例

|                |      |          |                      |  |          |                      |  |  |  |
|----------------|------|----------|----------------------|--|----------|----------------------|--|--|--|
| 被保険者証記号番号      |      | 00-00000 |                      |  |          |                      |  |  |  |
| 被保険者           | 氏名   |          | 愛販 健一 (印)            |  | 生年月日     | 昭和 00年 00月 00日<br>平成 |  |  |  |
|                | 事業所  | 名称       | 〇〇××販売株式会社           |  |          |                      |  |  |  |
|                |      | 所在地      | 名古屋市中区栄00-00-00      |  |          |                      |  |  |  |
| 適用対象者          | 氏名   |          | 愛販 康子                |  | 被保険者との続柄 | 妻                    |  |  |  |
|                | 生年月日 |          | 昭和 00年 00月 00日<br>平成 |  | 性別       | 男 ・ 女 (女)            |  |  |  |
| 被保険者(適用対象者)の住所 |      |          | 名古屋市中区栄00-00-00      |  |          |                      |  |  |  |

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 00年 00月 00日

愛知県自動車販売健康保険組合 殿



### 【注意】

- ①この申請は適用対象者ごとに行ってください。
- ②この申請による限度額適用の期限は直近の8月末日または3月末日です。
- ③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が変更になる場合
  - ・期限を越えて限度額の適用を受ける場合
- ④低所得者に該当する方は「限度額適用・標準負担額減額認定証申請書」により申請してください。