

様式1号

※決済欄	資格取得年月日		常務理事	事務長	課長	担当者
	昭和・平成・令和 年 月 日					
	標準報酬月額	法定区分決定欄				
	千円	ア・イ・ウ・エ	起案	令和	年	月 日

※ 欄は記入しないでください。

健康保険限度額認定証交付申請書

被保険者	被保険者等の 記号・番号		事業所	名称	
	氏名			所在地	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
適用対象者	氏名		性別	被保険者との 続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		
	住所	〒 電話 ()			
認定証送付先	自宅・事業所・その他 ()				
備考	()月分の診療分から必要				

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

大阪自転車健康保険組合 理事長様

[受付年月日]

※マイナ保険証を利用すれば、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。