健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号		―		
被保険者	氏 名			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		
事 業 所	名 称			
	所在地			
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
被保険者（適用対象者）の住所		〒　　－ 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

東京都自動車整備健康保険組合　殿

付　年　月
受　　日

※これから限度額適用認定書の申請をされる方へ
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。