

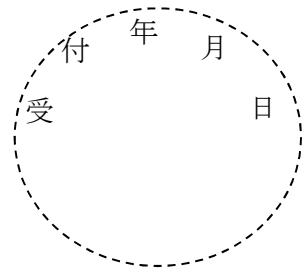
健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—		
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



※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。