常務理事	事務長	課長	係

健康保険限度額適用認定申請書

マイナ保険証で受診する場合は、限度額適用認定証の事前申請は必要ありません。

限度額適用認定証の準備が不要となるマイナ保険証をぜひご利用ください。

以下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

被保険者記入欄	被保険者等記号ー番号		ー 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	事業所名称	
	被保険者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
		氏　名			
	適用対象者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
		氏　名			
		療養開始月 （認定を必要とする開始の月）	令和　　年　　月　から	申請を受付した日より後の開始月や無記入の場合は、原則受付した月の１日から１年間有効となります。	
	被保険者（適用対象者）の住所		〒　　ー　　TEL　　（　　）		
	認定証の送付方法（どれか選択）		事業所経由　・　上記住所へ郵送　・　労務士		

静岡県トラック運送健康保険組合

注）被保険者の市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、
別様式の「健康保険限度額・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。

※下欄は、記入しないで下さい。

※保険組合処理欄	処理年月日	令和　　年　　月　　日		
	資格取得年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	標準報酬月額	千円
	発効年月日	令和　　年　　月　　日	適用区分	ア・イ・ウ・エ
	有効期限	令和　　年　　月　　日		現Ⅰ・現Ⅱ

受付年月日