※	起　　案		令和　　年　　月　　日				下案により交付してよろしいか。	
	常務理事	事務長	課　長	係　長	主　任	担当者	法定区分決定決議	
							標準報酬月額 R　　年　　月 （千円）	ア・イ・ウ・エ
	発効年月日	令和　　年　　月　　日		有効期限	令和　　年　　月　　日			

※印欄は記入しないでください。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	記　　号		番　号	
	マイナンバー			
		※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。		
	氏　　名		性　別	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	住　　所	〒　　－ TEL（　　）　　－		
適用対象者	氏　　名		性　別	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	住　　所	〒　　－ TEL（　　）　　－		
備　　考				

上記のとおり申請いたします。

令　和　　年　　月　　日

兵庫県運輸業健康保険組合理事長　様

住　所

被保険者

氏　名

R3.3給付