

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	決定区分決議
						標準報酬月額 千円
						区分ア 区分イ 区分ウ 区分エ
						I II

健康保険限度額適用認定書 保険証の記号・番号区分変更届

被保険者	記号		番号	
	氏名	被保険者の氏名 生年月日・住所		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	令和 年 月 日		
	住所	〒 [][][][]-[][][][]		
適用対象者	氏名	治療される方の氏名・ 生年月日・住所		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	令和 年 月 日		
	住所	〒 [][][][]-[][][][]		

**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。
限度額適用認定書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。**

令和 年 月 日
大阪自動車整備健康保険組合理事長 様

被保険者の氏名・住所

住所
被保険者
氏名
Tel ()

※高額療養費の差額が発生する場合は、被保険者名義の銀行口座に必ず振込銀行を記入して下さい。

振込銀行	銀行名	支店名	口座名義人
	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	フリガナ
	口座番号 (左づめ記入)		
	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	[][][][]-[][][][]	

- (注1) 振込口座は原則被保険者本人の口座に限りま
- (注2) 受け取りを代理人に委任する場合、別紙「委任状」が必要となりますので組合まで連絡して下さい。
- (注3) 受け取りを代理人に委任する場合、高額療養費に該当する都度「委任状」が必要です。

個人情報の取扱いについて
●この情報は、高額療養費の支給に限り使用します。