

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|------|------|-----|----|------|----|-----------|---|---|
| ※ この欄は記入しな いでください。 | 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 | 交付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 有効期限 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 資格関係 | 資格取得 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 | ア イ ウ エ オ | | |
| | 照合済 | 資格喪失 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |

健康保険 限度額適用認定申請書

| | | | | | | | | | |
|--------|-----|-------|---------|-----------|----|------------|----|---|--|
| 被保険者証の | 記号 | 番号 | 事業所の名称 | 〇〇〇株式会社 | | | | | |
| 記号・番号 | 123 | 45 | 事業所の所在地 | 〇〇市〇〇町〇-〇 | | | | | |
| 適用対象者の | 氏名 | 健保 花子 | | 生年 | 昭和 | 平成 | 続柄 | 妻 | |
| | | | | 月日 | 50 | 年 4 月 16 日 | | | |

上記のとおり申請いたします。

平成 30 年 8 月 1 日

大阪機械工具商健康保険組合理事長 様

〒 550 - 0013

住所 大阪市西区〇〇町〇-〇-〇

被保険者

氏名 健保 太郎 印

【注意事項】

◎この申請書は、医療機関等の窓口での支払が自己負担限度額以上になる場合に申請して下さい。

◎印鑑は、はっきりと押して下さい。なお、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。

この申請書についてわからないときは、大阪機械工具商健康保険組合
(Tel 06-6533-0215) 給付係までおたずね下さい。