

起 案	平成 年 月 日			施 行	平成 年 月 日		
常務理事	事務長	部 長		担当者	法 定 区 分		
					標準報酬月額	区 分	
					千円	ア・イ・ウ・エ	

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号・番号	—	申請種別	1. 新規 2. 区分変更 3. 再申請 4. 再交付 (紛失・棄損)					
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)								
被保険者氏名	〒 —	生年月日	昭平	年	月	日		
現住所	電話 () —							
事業所名称	事業所所在地							
対象者氏名		生年月日	昭平	年	月	日	続柄	
療養予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月			記載がない場合、原則受付した月の1日から1年間有効の証を交付します				
備考								

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。

大阪府電設工業健康保険組合
理 事 長 様

平成 年 月 日

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。	
事業所所在地	〒 平成 年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	〒 ()
電 話	

受付日付印