

組合記入欄	起案年月日	平成	年	月	日	決裁年月日	平成	年	月	日	
	常務理事	業務部長	課長	課長代理	係長	主任	係				
	標準報酬月額	千円			適用区分		新規・継続				
				ア・イ・ウ・エ							

健康保険限度額適用認定証交付申請書

70歳未満用

申請者記入欄	被保険者の記号・番号	(記号)	(番号)						
	被保険者	氏名			事業所	名称			
		生年月日	年	月		日	所在地		
	使用する人	氏名			被保険者との続柄				
		生年月日	年	月	日	性別	男・女		
	療養予定期間		年		月	～	年	月	受付した月の1日からとなります。
	(8月31日を超える場合は、9月1日からの分を改めて申請ください)								
	下記被保険者欄と同じ場合は不要		〒 -						
	送付希望先 (住所・宛先)		(TEL)						
	払込希望金融機関								
金融機関名	店名	預金種別	被保険者の口座名義・口座番号						
フリガナ ()	フリガナ ()		フリガナ						
銀行	本店	当座	名義人						
信用金庫	支店	普通	口座番号						
上記のとおり申請いたします。									
平成 年 月 日									
大阪金属問屋健康保険組合理事長 様									
〒 -									
被保険者 住所									
氏名 (印)									
TEL									
備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)								

*記載にあたっては裏面留意事項をご覧ください。

受付年月