

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				
						70歳以上				I ・ II

健康保険限度額適用認定証交付申請書

申請者記入欄	被保険者の記号・番号	(記号)	(記号)	
	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 (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)	年 月 ~ 年 月		受付した月の1日からとなります。
	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 ()	当座	フリガナ
銀行	本店	普通	名義人	
信用金庫	支店		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				
T E L				
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