

|       |        |      |    |      |                               |       |       |   |   |   |
|-------|--------|------|----|------|-------------------------------|-------|-------|---|---|---|
| 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<br>ア・イ・ウ・エ<br>70歳以上 I・II |       | 新規・継続 |   |   |   |

### 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<br>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<br>男 ・ 女      |
|  | 療養予定期間<br>(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<br>送付希望先<br>(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 ( )<br>銀行  | フリガナ ( )<br>本店 | 当座    | フリガナ<br>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。<br><br>平成 年 月 日<br>大阪金属問屋健康保険組合理事長 様<br>〒<br><br>被保険者 住所<br>氏名 (印)<br><br>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。<br>(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