

起案年月日					令和年月日	
常務理事	事務長	部長	課長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 千円	ア・イ ウ・エ 現役Ⅱ・現役Ⅰ

(※ 上欄は記入しないでください。)

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	記号	50	番号	100	
	氏名	連合 太郎			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	55 年 3 月 31 日		
	住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□ TEL 06 (1234) 5678			
適 用 対 象 者	氏名	連合 花子			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	58 年 8 月 1 日	続柄	妻
	住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□ TEL 06 (1234) 5678			
送 付 先	・ <input type="checkbox"/> 会社 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 [〒 -]				
備 考					

上記のとおり申請いたします。

令和 4 年 4 月 1 日

受付日付

丸紅連合健康保険組合理事長 殿

住所 〒 530 - 0000

(被保険者) 大阪市北区〇〇町〇-〇-〇

氏名 連合 太郎