

| | | | | | | |
|-------|-----|----|----|-----|--------------|-----------------------|
| 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 太朗 | | | |
| | 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 太朗