

※ 法定区分決定決議		常務理事	事務長	担当者	担当者
標準報酬月額 (千円)	ア イ ウ エ オ				

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇
	氏名	健保 太郎 (印)		
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇県 〇〇〇市 〇〇〇町 〇〇-〇〇		
適用対象者	氏名	健保 花子		
	生年月日	昭和・平成・令和 △△年 △△月 △△日		
	療養予定期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ※標準報酬月額の見直しに伴い、8月31日まででいったん終了とさせていただきます。 9月1日以降の発行が必要な場合は、再度申請してください。		

阪和興業健康保険組合理事長 殿

〇〇年 〇〇月 〇〇日

上記のとおり申請いたします。

(受付年月日)

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	