

|                |           |      |     |     |     |
|----------------|-----------|------|-----|-----|-----|
| ※ 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<br>(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     |   | 番号 |   |   |
|       | 氏名     |   |    |   | ㊞ |
|       | 生年月日   | 昭和・平成   | 年  | 月 | 日 |
|       | 住所     | 〒   |    |   |   |
| 適用対象者 | 氏名     |   |    |   |   |
|       | 生年月日   | 昭和・平成   | 年  | 月 | 日 |
|       | 療養予定期間 | 平成 年 月 日 から 年 月 日<br>※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。<br>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

年 月 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<br>交付日 |  | 認定証<br>回収日 |  |