

発議	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	部長	課長	扱者
決議	令和 年 月 日					
交付年月日	令和 年 月 日					
送付年月日	令和 年 月 日					
有効期限	自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日			適用区分	ア・イ・ウ・エ I・II	

健康保険限度額適用認定証交付申請書


被 保 険 者 欄	被保険者証	記号	フリガナ		
		番号	被保険者の氏名		
	被保険者の 現住所	〒	-	TEL	()
		事業所の 名称 <small>(任意継続の方は記載不要)</small>		TEL	()
※認定証を上記の 現住所以外へ送付 を希望する場合は、 その送付先	〒	-	TEL	()	
	宛名				
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	氏名			被保険者 との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	住所				

管工業健康保険組合

※の欄については現住所に認定証を送付する場合は、記入は不要です。

被保険者の現住所以外へ郵送を希望する場合(事業所・病院等)、送付先住所を記入してください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。



 受付日付印