

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号	9000	番号	1	
被保険者	氏名	木材 太郎			
	生年月日	昭和 平成 61年 4月 10日			
	住所	〒135-0042 江東区木場 ○-○-○			
	連絡先TEL	03(3647)○○○○			
事業所	名称	株式会社 木材商店			
	所在地	江東区東陽 ○-○-○			
	連絡先TEL	03(3648)○○○○			
適用対象者	氏名	木材 一郎			
	生年月日	昭和 平成 33年 5月 10日 令和			
	被保険者との続柄	父	性別	男・女	
認定証を被保険者住所以外に送付の場合		〒135-0016	江東区東陽 ○-○-○		

この申請は(疾病・ケガ)のため
該当する方に○をしてください。※ケガによる申請の際は健康保険 負傷原因届もご提出ください。

令和 3年 4月 1日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付印

