

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号	1234	番号	5678	
被保険者	氏名	木材 太郎			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○年○月○日 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒 135 - 0000 東京都江東区○○ ×-× □□マンション△△号			
	連絡先☎	03 - 9999 - 9999			
事業所	名称	○○木材 株式会社			
	所在地	東京都江東区○○ ×-×			
	連絡先☎	03 - 1234 - 5678			
適用対象者	氏名	木材 花子			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○年○月○日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	被保険者との続柄	妻	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
認定証を被保険者住所以外に送付の場合	〒 135 - 0000 東京都江東区○○ ×-× □□マンション××号				

東京都木材産業健康保険組合

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 ○年○月○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