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

被保険者等の	記　　号	1234	番　号	5678
被保険者	氏　　名	木材　太郎		
	生年月日	☑ 昭和　□ 平成　〇 年 〇 月 〇 日		
	住　　所	〒 135 － 0000 東京都江東区〇〇 ×－× □□マンション△△号		
	連絡先℡	03 － 9999 － 9999		
事　業　所	名　　称	〇〇木材　株式会社		
	所 在 地	東京都江東区〇〇 ×－×		
	連絡先℡	03 － 1234 － 5678		
適用対象者	氏　　名	木材　花子		
	生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和　〇 年 〇 月 〇 日		
	被保険者との続柄	妻	性別	男 ・ 女
認定証を被保険者住所以外に送付の場合		〒 135 － 0000 東京都江東区〇〇 ×－× □□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
該当する方に〇をしてください。※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　〇　年　〇　月　〇　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