

起 案		平成 年 月 日				下案により交付してよろしいか。	
常務理事	事 務 長	課 長	係 長	主 任	担 当 者	法定区分決定決議	
						標準報酬月額	ア ・ イ ・ ウ ・ エ
						H / (千円)	
発効年月日		平成 年 月 日			有効期限	平成 年 月 日	

印欄は記入しないでください。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	記 号		番 号	
	マイナンバー			
	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です			
	氏 名		性 別	
	生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
住 所	〒 - TEL () -			
適用対象者	氏 名		性 別	
	生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日		
	住 所	〒 - TEL () -		
備 考				

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

住 所

被保険者

氏 名