

起 案		令和 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・R 年 月 (千円)	
発効年月日		令和 年 月 日			有効期限	令和 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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
	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・令和 年 月 日													
住 所	〒 - TEL () -													
適用対象者	氏 名			性 別										
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日												
	住 所	〒 - TEL () -												
備 考														
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>														