

常務理事	事務長	課長	主任	担当者

令和 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

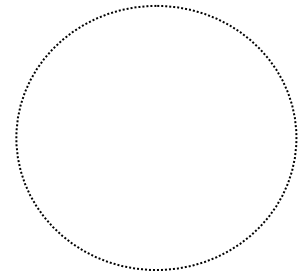
被保険者証 記号番号	—		被保険者 氏 名	⑩
適用 対象者	氏 名		被保険者との 続 柄	
	生年月日	S H R 年 月 日	性 別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者） の 住 所	〒 — () —			
事業所	名 称			
	所在地			
分娩の方はご記入ください 分娩予定医療機関名	() —			

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。

《注意》

- 入院された場合、あるいは入院することが決まった場合は速やかにこの申請書を提出してください。
- 標準報酬月額の変更により、適用区分が変更となる場合はご連絡ください。
- 非課税者は市区町村の証明書の添付をお願いします。

受付年月日



名古屋木材健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	課長	主任	担当者

健康保険限度額適用認定簿

適用区分	標準報酬 月 額 千円	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ
適用認定年月日		証有効年月日
年 月 日		年 月 日