

発議	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	部長	課長	扱者
決議	令和 年 月 日					
交付年月日	令和 年 月 日					
送付年月日	令和 年 月 日					
有効期限	自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日		適用区分	ア・イ・ウ・エ I・II		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号	ふりがな	印	
		番号	被保険者の氏名と押印		
			生年月日		昭和・平成 年 月 日
	被保険者の現住所	〒 - TEL ()			
事業所の名称 (任意継続の方は記載不要)	〒 - TEL ()				
※認定証を上記の現住所以外へ送付を希望する場合は、その送付先	〒 - TEL ()		宛名		
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	氏名			性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者の続柄	
	住所				
療養を受ける、又は受けている場合の保険医療機関名等	医療機関名称				
	所在地				
	療養を開始する日 または入院日 (予定日)	平成・令和 年 月 日			

※の欄については現住所に認定証を送付する場合は、記入は不要です。
被保険者の現住所以外へ郵送を希望する場合(事業所・病院等)、送付先住所を記入してください。

管工業健康保険組合

受付日付印