

常務理事	事務長	係	確認

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

新規・再交付〔紛失・破損・所得区分変更・その他( )〕

中部アイティ産業健康保険組合 理事長 殿

健康保険証の記号・番号		記号	番号		
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	年	月		日
対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄
外傷性による傷病 (いずれかに○をつける)		いいえ はい ⇒ 第三者行為(交通事故・その他)・工作中(業務上)・通勤途上・その他( )			
認定証の送付先 (いずれかに○をつける)			事業所 ・ 被保険者住所 ・ その他		
希望送付先住所 (送付先をその他に選択した場合のみ記載)	〒				
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
住所 〒					
被保険者 氏名					
電話番号					

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。  
 被保険者のマイナンバー記入欄 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健 保 処 理 欄	標準報酬月額	千円	発効年月日	年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ	有効期限	年 月 日

受付日付印