

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	係

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	所在地
対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 住所 〒 被保険者 氏名 電話番号 _____ </div>					

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。

マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備考	
----	--

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 ~~~~~