

常務理事	事務長	担当部	法定区分決定決議		受付印
			標準報酬月額	区分	
			千円		
発効年月日	平成 年 月 日				
有効期限	平成 年 月 日				

健康保険限度額適用認定証交付申請書

健康保険被保険者証 記号-番号		—	事業所名			
被保険者氏名		生年月日		昭和 平成	年 月 日	
適用 対象者	氏名				性別	男・女
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者との続柄		
入院等(予定)年月	平成 年 月	傷病名は骨折やケガ等、外傷ですか。(「はい」の場合は、負傷原因等を下欄にご記入下さい)			はい いいえ	
負傷原因	負傷年月・負傷場所・負傷理由をご記入ください。					
備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入下さい。 (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります。)					
認定証送付先住所 * やむを得ず被保険者住所で受け取ることが 出来ない場合にご記入ください。 (下記被保険者住所と同じ場合は不要)		送付先住所: 〒 送付先宛名: やむを得ない理由				
上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 大阪府建築健康保険組合 理事長 様 住所 被保険者 氏名 電話番号 (お問い合わせさせていただく場合がありますので必ず連絡のつく番号をご記入下さい。)						