

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		令和 年 月 日			
有効期限		令和 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 令和	年 月 日	被保険者との続柄		
認定証が必要となる 開始(予定)年月		令和 年 月	認定証が必要となる傷病は、骨折やケガ等の外傷ですか。 ※『はい』の場合は下欄に負傷原因を記入			はい いいえ
負傷原因等 (傷病が外傷のみ記入)		負傷年月日・負傷場所・負傷理由を詳しく記入してください				
備考		被保険者証の記号番号に代えて、個人番号で申請を希望される場合はご記入ください。 (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となります。)				
被保険者 署名欄	上記の通り、申請いたします。					
	令和 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 (日中に連絡が可能な番号をご記入ください)					

上記、被保険者署名欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合のみご記入ください

認定証送付希望先 ※被保険者住所で受け取ることが出来ない理由とあわせてご記入ください	送付先住所：〒
	送付先宛名： 送付先電話番号： やむを得ない理由：

項目は必ず記入してください。制度の詳細は「記入上の注意」より留意事項をご参照ください。