

健康 保険 組合 使用 欄	常務理事	事務長	課長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額	適用区分
					千円	
				起案	令和	年 月 日

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書(更新)

被保険者証	記号		番号	
被保険者	フリガナ			性別
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
適用対象者	フリガナ			性別
	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	〒		
<small>〔被保険者と同じ場合、この欄は記入不要です。〕</small> <small>〔被保険者と同じ場合は不要です〕</small>				
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大阪鉄商健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 (申請者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p> <p style="text-align: center;"><small>(日中連絡がつく電話番号を記入してください)</small></p>				
別送先	住所			
<small>〔被保険者(申請者)の住所以外に送付を希望される時〕</small>	宛名			

※有効期限が切れた「限度額適用認定証」は、当健康保険組合へご返却下さい。