

様式第 1 号

※	常務理事	事務長		担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額	アイウエオ
	起 案 令和 年 月 日					

※欄は記入しないでください。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	記 号		番 号	
	氏 名			
	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
	住 所	〒		
適 用 対 象 者	氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
	住 所	〒		
	入院年月日 又は予定日	1. 入院日	令和	年 月 日
備 考		2. 予定日		
	1. 病気 2. けが・骨折	1. 2. どちらか○でご記入下さい。 ※ 2. の場合は負傷届をご記入願います。		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大阪工作機械健康保険組合理事長殿</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>				