

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		591 - 1	
被保険者	氏名	健保 太郎	
	生年月日	S50年6月10日	
事業所	名称	トヨタ〇〇株式会社	
	所在地	名古屋市〇〇区3-2	
適用対象者	氏名	健保 愛	
	生年月日	H18年1月31日	
		被保険者との続柄	長女
		性別	男・ 女
認定証送付先		<p>ご希望の送付先に✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 会社の健保担当部署</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 被保険者自宅</p> <p><input type="checkbox"/> その他送付希望住所</p>	
<small>※原則会社の健保担当部署への送付となります。自宅、またはその他の送付先を希望される場合でも必ず会社の健保担当部署へ連絡したうえでご申請ください。</small>		{ 〒111-2222 名古屋市〇〇区1-1 }	
入通院見込		25年4月1日 ~ 25年4月30日	
連絡先		日中連絡のとれる電話(携帯)番号 090-(1111)-222□	

上記のとおり申請します。

不明な場合はおおよそで結構です。

申請者と送付先の世帯主が違う場合は、世帯主名も記入してください。(例)〇〇様方

平成 25年 3月 25日 〒111-2222

住所 名古屋市〇〇区1-1
被保険者
氏名 健保 太郎

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿