

※	常務理事	事務長	課長	係	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 (千)	区分
令和 年 月 日						

※印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	事業所 記号		被保険 者番号			
	氏 名				性 別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	住 所	〒 -				
認 定 対 象 者 (認定対象者が家族 の場合のみ記入)	氏 名				性 別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	住 所	〒 -				
備 考	認定証 送付先	1 <input type="checkbox"/> 被保険者住所 2 <input type="checkbox"/> 勤務先 3 <input type="checkbox"/> それ以外の場合は下記に記入 〔 〒 - 〕				
	個人番号（マイナンバー）の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。 ただし、個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認のできる書類（個人番号 カードの写し等）の添付が必要です。 （個人番号： ）					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 神戸貿易健康保険組合理事長 様 被保険者氏名						