

※決裁	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

※印欄は記入しないでください。

※適用区分	ア・イ・ウ・エ
※有効期限	令和 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者の記号番号	1000 — 100		事業所	名称	〇〇運輸株式会社
被保険者	氏名	健保 太郎		所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号
	生年月日	昭和・平成 56年 5月 5日		被保険者の電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 — 〇〇〇〇
被保険者の住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番			
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 58年 3月 1日		性別	男 ・ 女
適用対象者の住所		〒 ー 同上			

令和 7 年 10 月 1 日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

限度額適用認定証は被保険者の自宅あて送付を希望します	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------

※上記に〇印がない場合は、事業所宛に送付します。

愛知県トラック事業健康保険組合

※【窓口交付】
令和 年 月 日
職 名
証受取者名