

常務理事	事務長	課長	担当

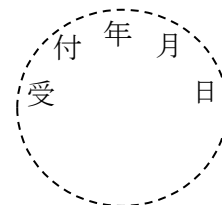
健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
適用対象者 (70歳未満) 被保険者(本人)記入不要	氏名			
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
		事業所名称		
		被保険者との続柄		
		性別		男 ・ 女
<input type="checkbox"/>	入院日	令和	年	月 日
		退院予定日 不明の場合は 未記入可		令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	通院開始日	令和	年	月 日
		通院終了予定日 不明の場合は 未記入可		令和 年 月 日
交通事故など第三者行為による受診ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
被保険者(適用対象者)の住所		〒 —		
送付先		ご希望送付先に○印をつけて下さい 事業所(社内メール)・自宅・その他		〒 —

令和 年 月 日

被保険者氏名	
--------	--

沖電気工業健康保険組合 理事長殿



【健康保険組合記入欄】

標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ
--------	----	------	---------