

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	決定区分決議
						標準報酬月額 千円
						区分ア 区分イ 区分ウ 区分エ
						I II

健康保険限度額適用認定 保険証の記号・番号 分変更届

被保険者	記号	532	番号	9999	
	氏名	健保太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
	社員の方の氏名 生年月日・住所	<input type="radio"/> 昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 47年3月29日			
	住所	〒542-0066 大阪府大阪市中央区瓦屋町〇-〇-〇			
適用対象者	氏名	健保花子		性別	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	治療される方の氏名・ 生年月日・住所	<input checked="" type="radio"/> 昭和・ <input type="radio"/> 平成 46年12月16日			
	住所	〒 同上			
入院予定期間	平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日				
認定証送付先	<input checked="" type="radio"/> 自宅・ <input type="radio"/> 事業所・ <input type="radio"/> その他 ()				
備考					

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

大阪自動車整備健康保険組合理事長 様

社員の方の氏名・生年月日・住所・捺印

住所 大阪府大阪市中央区瓦屋町〇-〇-〇
 被保険者 氏名 健保太郎
 TEL 06 (1234) 5678

健保

※高額療養費の差額が発生する場合がありますので必ず振込銀行を記入して下さい。

振込銀行	銀行名	整備	支店名	大阪	口座名義人	ワガナ ケンポ タロウ		
		<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合		<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店				
		<input checked="" type="radio"/> 普通・ <input type="radio"/> 当座	口座番号 (左づめ記入)		健保太郎	<input checked="" type="radio"/> 健保		
			1	2	3	4	5	6

- (注1) 振込口座は原則被保険者本人の口座に限りませ **社員の方以外の口座を登録する場合、高額療養費に該当するたびに委任状が必要となります**
- (注2) 受け取りを代理人に委任する場合、別紙「委任状」が必要となりますので組合まで連絡して下さい。
- (注3) 受け取りを代理人に委任する場合、高額療養費に該当する都度「委任状」が必要です。

個人情報の取扱いについて
 ●この情報は、高額療養費の支給に限り使用します。

◎記入については裏面をご覧ください。