

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

健康保険限度額適用認定証交付申請書 区分変更届

被保険者	記号	532	番号	9999	
	氏名	健保 亜陀武		性別	男・女
	生	昭和・平成 47 年 2 月 21 日			
	住所	〒 5420066 大阪府大阪市中央区瓦屋町〇-〇-〇			
適用対象者	氏名	健保 伊歩		性別	男・女
	生	昭和・平成 54 年 11 月 15 日			
	住所	〒 同 上			
入院予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
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

被保険者の氏名・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 亜陀武
 TEL 06 (△△△△) □□□□

健

※高額療養費の差額が発生する場合は、振込銀行を記入して下さい。

振込銀行 (郵便局除く)	銀行名	整備	大阪	口座名義人	フリガナ ケンポ アダム
	信用金庫	銀行	本店	健保 亜陀武	健
	普通・当座	支店	口座番号(左づめ記入)		

- (注1) 振込口座は原則被保険者本人の口座に限りませ。被保険者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。