

(給付第12号)

決裁欄	受理日	令和 年 月 日	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者証	記号 番号		被保険者 氏名	
事業所名称	※任意継続の方は記入不要			
被扶養者の 申請の場合 に記入	氏名 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	
認定証の 送付先	自宅	〒		
	会社	(社内便の場合、ビル(工場)名、部署名を明記してください)		

LIXIL健康保険組合 御中

上記のとおり、申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者 住所
氏名

【注意事項】

- 本申請を受け付けた月の1日から有効の認定証を発行します。
前月から有効の認定証が必要である場合は、その旨を空欄に記載してください。
- 消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

(給付第12号)

決裁欄	受理日	令和 年 月 日	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

申請日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者証	記号 番号	131 XXXXX	被保険者 氏名	健保 太郎	
事業所名称	※任意継続の方は記入不要 株)LIXIL ← 保険証に記載されている「事業所名称」を記入				
被扶養者の 申請の場合 に記入	氏名	健保 一郎		続柄	長男
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
認定証の 送付先	自宅	〒 136 - 〇〇〇〇 東京都江東区大島〇-〇-〇			
	会社	(社内便の場合、ビル(工場)名、部署名を明記してください)			

LIXIL健康保険組合 御中

上記のとおり、申請いたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者 住所 **東京都江東区大島〇-〇-〇**
氏名 **健保 太郎**

【注意事項】

- 本申請を受け付けた月の1日から有効の認定証を発行します。
前月から有効の認定証が必要である場合は、その旨を空欄に記載してください。
- 消せるボールペン使用不可です。

**申請は直接健保組合へ
(メール添付での提出可)**

健保組合受付

LIXIL健康保険組合