

常務理事	事務長	係	係

令和 年 月 日

オートボックス健康保険組合理事長 殿

健康保険限度額適用認定証再交付申請書

被保険者証記号番号						
被保険者	氏名	印		事業所	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
適用対象者	氏名	被保険者との続柄				
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所						

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

