

常務理事	事務長	係員

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者 記号・番号		—	被保険者氏名		印
被 保 険 者	住 所	〒			
	生年月日	昭和 年 月 日 平成			
	所属事業所	事業所名			
所在地					
適 用 対 象 者	氏 名		男 女	被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 年 月 日 平成			
	住 所	〒			
使用期間 (最長3か月)		平成 年 月 1日 ~平成 年 月 末日 ※認定証は使用期間終了後、返却して下さい。			

上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

所属事業所	

住所

事業所

氏名

受付日付印