

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険証の記号・番号			事業所	
被 保 険 者	氏 名		部署	
	生年月日	年 月 日	Tel(内線)	
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				

被保険者と申請者が異なる場合

申 請 者	氏 名		被保険者との続柄	
	住 所			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

健康保険組合チェック欄	免許証 ・ 保険証 ・ 社員証 ・ その他（ ） で確認しました。 年 月 日 ⑩
-------------	--

