

※身分証明書のコピーを添付の上、申請して下さい。

受付No. _____

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

下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			

【健康保険組合使用欄】

身分証明書確認 (該当に○)	免許証 ・ 保険証 ・ 社員証 その他 () で確認しました。 年 月 日 印	事業所担当者の為不要
事業所窓口受領	上記申請者の限度額適用認定証を受領しました。 平成 年 月 日 受領者氏名 _____	

