

※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		1 0	1 2 3 4 5 6	事業所	愛知製鋼株
被 保 険 者	氏 名	愛知 太郎 ㊟		部署	〇〇工場 〇〇課
	生年月日	H 5 年 5 月 5 日		Tel(内線)	1 2 3 4
適 用 対 象 者	氏 名	愛知 花子		被保険者との続柄	配偶者
	生年月日	H 6 年 6 月 6 日		性 別	男 ・ ㊟
被保険者（適用対象者）の住所			愛知県東海市〇〇町〇〇1-2		

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 ㊟	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 _____	

