

伺		平成	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係	

NO. _____

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名		⑩
	番号			生年月日	
被保険者(適用対象者)の現住所		〒 _____			
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称		TEL. () _____			
適用対象者	氏名				
	生年月日	昭・平 年 月 日			
	続柄				
	性別	男 ・ 女			

平成 年 月 日提出

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。

(注意事項)

健康保険被保険者証を添付してください。

受付日付印