

発行NO.	
交付年月日	令和 年 月 日
発行年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

決 議		
常務理事	事務長	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者は太枠内をご記入ください。

被保険者	被保険者証の 記号番号	—	生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所 電話番号	〒 電話 () —		
事業所	名称			
	課係名	電話		メールNO.
認定証交 付対象者 <small>(被保険者本人の場合 は記入不要)</small>	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
	住所 電話番号 <small>(被保険者と同居の場合 は記入不要)</small>	〒 電話 () —		
入院(予定)期間	令和 年 月 日から 日間 ぐらい (ヶ月 ・ 1年間)			
その他	※送付先の希望等、特記事項ありましたらご記入ください。			
令和 年 月 日 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。				

往原健保組合使用欄	
資格	
標準報酬月額	千円
証回収年月日	年 月 日
備考	
月 日	へ送付