

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

荏原健保組合使用欄	
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